

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O2-Therapie/Pflege

Gemäß Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung

Erneuerung



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname _____
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon/Natel: _____
Beruf: _____
Krankenkasse: _____

Geschlecht: _____
Geburtsdatum: _____
AHV-Nummer: _____
Invalidenversicherung: _____
KK- Mitgliedsnummer: _____
Sektion: _____

B) Hauptdiagnose

BITTE CODE WÄHLEN : _____

- | | |
|---|--|
| 00 Obstruktive Lungenkrankheiten
01 Chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma | 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (Pulmonale Hypertension)
50 Kardiale Krankheiten
(Cor pulmonale, Kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz) |
| 10 Restriktive Lungenkrankheiten
(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc) | 60 Andere Lungenkrankheiten
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie) |
| 20 Respiratorische Schlafstörungen
(OSA, CSA, gemischte Formen) | 90 Andere : |
| 30 Neuromuskuläre Krankheiten | |

C) Verordnung kurzfristige O2-Therapie

KREUZEN SIE DAS VORGESCHRIEBENE SYSTEM AN

- Druckgassystem** : (Max. 1 Monat. Wenn länger, füllen Sie bitte Abschnitt D aus)
- Flüssiggassystem** : (Max. 3 Monate. Wenn länger, bitte Formular „kontinuierliche O2 Langzeittherapie“ verwenden)
- Konzentrator**: (Max. 3 Monate. Wenn länger, bitte Formular „kontinuierliche O2 Langzeittherapie“ verwenden)

Dauer: _____ Std. / Tag	O ₂ -Dosis Ruhe: _____ L/Min.	O ₂ -Dosis Belastung: _____ L/Min.
Mobilität: _____ Std. / Tag (außerhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____ Sparventil: _____	Begründung Sparventil bei Flüssig: _____
Verabreichung: _____	Bemerkung: _____	

D) Begründung zu Druckgassystem > 1 Monat

E) Verordnung für Beratung und Betreuung:

Beratung und Betreuung
(Kontrolle vor Ort, Bericht an Arzt)

Ja (gültig für 1 Jahr)

Nein

Nach 10 Monaten, SOS OXYGENE SA sendet Ihnen das Verordnungsformular für die Erneuerung.

F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Lungenfacharzt: _____
Datum der Entlassung: _____
Datum der Verordnung: _____
Hausarzt: _____
Lungenfacharzt für Nachkontrollen : _____

Stempel / Unterschrift:
(inkl. Konkordatsnummer):

Verordnung senden an:



SOS OXYGENE (Suisse) SA

Agentur Bern – Galgenfeldweg 13E

CH-3006 BERN

Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 – bern@sosoxygene.ch