

# VERORDNUNGSFORMULAR

## LANGFRISTIGE O2-THERAPIE

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)

- Erstverordnung  
 Wiederholungsverordnung



### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname : \_\_\_\_\_ Geschlecht : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_ Kanton : \_\_\_\_\_  
Telefon / Natel : \_\_\_\_\_ AHV-Nummer : \_\_\_\_\_  
Beruf : \_\_\_\_\_ Krankheit/Unfall/IV : \_\_\_\_\_  
Krankenkasse : \_\_\_\_\_ KK-Mitgliedsnr. : \_\_\_\_\_

### B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen : .....)

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

### C) Notwendige Untersuchungen ZEICHEN DES CHRONISCHEN COR PULMONALE : JA NEIN

Lungenfunktion : Datum : \_\_\_\_\_ VK : \_\_\_\_\_% Sollwert FEV1 \_\_\_\_\_% Sollwert  
Labor :  in mmHG  in kPa Hämoglobin : \_\_\_\_\_ g/L Hämatokrit : \_\_\_\_\_%  
Arterielle Blutgase : Datum PaO2 PaCO2 SaO2  
(unter klinisch stabilen Verhältnissen)  
(1) in Ruhe / ohne O2 \_\_\_\_\_  
(2) in Ruhe nach > 30 Min. O2 \_\_\_\_\_  
(3) unter standardisierter Belastung (ohne O2) \_\_\_\_\_  
(4) unter standardisierter Belastung (mit O2) \_\_\_\_\_  
**(3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System**

### D) Therapie-System FLÜSSIGGAS-SYSTEM O2 KONZENTRATOR STATIONÄR O2 KONZENTRATOR MOBIL (POC) MODELL:

Dauer : _____ Stunden / Tag	O <sub>2</sub> -Dosis in Ruhe : _____ L/min	O <sub>2</sub> -Dosis unter Belastung : _____ L/min
Mobilität : _____ Stunden / Tag (ausserhalb der Wohnung)	Wenn POC pulsierender Wert : _____ In Ruhe	Wenn POC pulsierender Wert : _____ unter Belastung
<input type="checkbox"/> Lünette O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Maske O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Druckgassystem im Notfall

### E) Beratung und Betreuung

Beratung und Betreuung (Kontrolle vor Ort, Bericht an Arzt)  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein  
Nach 10 Monaten sendet SOS OXYGENE SA Ihnen das Verordnungsformular für die Erneuerung.

### F) Ärzte

Verordnender Pneumologe: \_\_\_\_\_ Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr  
Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_  
Datum der Verordnung: \_\_\_\_\_  
Datum der Entlassung : \_\_\_\_\_  
Hausarzt : \_\_\_\_\_  
Pneumologe für Nachkontrollen : \_\_\_\_\_

Verordnung bitte senden an :

SOS OXYGENE SA, Galgenfeldweg 13E CH – 3006 Bern

Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 - e-mail: medicalsosoxygene@hin.ch