

# VERORDNUNGSFORMULAR

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

### C) Verordnung für kurzfristige O2-Therapie KREUZEN SIE DAS VORGESCHRIEBENE SYSTEM AN

- Druckgassystem (Max. 1 Monat. Wenn länger, füllen Sie bitte Abschnitt D aus)  
 Flüssigsauerstoffsystem (Max. 3 Monate, wenn länger bitte Formular «langfristige O2 Therapie verwenden»)  
 Stationärer Konzentrator (Max. 3 Monate, wenn länger bitte Formular «langfristige O2 Therapie verwenden»)  
 Mobiler Konzentrator (POC) / Modell: (Max. 3 Monate, wenn länger bitte Formular «langfristige O2 Therapie verwenden»)

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, Stufe in Ruhe: _____	Wenn POC, Stufe 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		

### D) Begründung zu Druckgassystem > 1 Monat

### E) Beratung und Betreuung :

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

- Ja (gültig für 3 Monate)  Nein

### F) Verordnender Arzt

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

Verordnung 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