

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 :)

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

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 DRUCKGASSYSTEM O2 KONZENTRATOR MOBIL (POC) MODELL:

Dauer : _____ Stunden / Tag	O ₂ -Dosis in Ruhe : _____ L/min	O ₂ -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 ₂	<input type="checkbox"/> Maske O ₂	<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