

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 :)

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

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

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

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, Stufe in Ruhe: _____	Wenn POC, Stufe unter Belastung: _____
---	--------------------------------	--

☐ Lünette O₂ ☐ Maske O₂ ☐ Andere ☐ 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