

VERORDNUNGSFORMULAR

LANGFRISTIGE O2-THERAPIE

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)

- ☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungsverordnung



SOS
OXYGENE

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 : (unter klinisch stabilen Verhältnissen)	<u>Datum</u>	<u>PaO2</u>	<u>PaCO2</u>	<u>SaO2</u>
(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	O2-Dosis in Ruhe : _____ L/min	O2-Dosis unter Belastung : _____ L/min
Mobilität : _____ Stunden / Tag (ausserhalb der Wohnung)	Wenn POC pulsierender Wert : _____ In Ruhe	Wenn POC pulsierender Wert : _____ unter Belastung
☐ Lünette O2 ☐ Maske O2 ☐ Andere ☐ 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: medicalsosoxylene@hin.ch