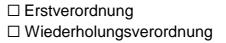
VERORDNUNGSFORMULAR

LANGFRISTIGE 02-THERAPIE

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)





A) Allgemeine Angaben (bitte vollständ	dig ausfüllen)			
Name / Vorname :		Geschlecht:		
Adresse :		Geburtsdatum :		
PLZ / Ort :		Kanton :		
Telefon / Natel :		AHV-Nummer :		
Beruf :		(rankheit/Unfall/l		
		(K-Mitgliedsnr. :		
Krankenkasse :		tr-mitghed3iii.		
B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen:	:)			
 Obstruktive Lungenkrankheiten 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma Restriktive Lungenkrankheiten (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, post-Tbo Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen) Neuromuskuläre Krankheiten 	50 K (((c) 60 A	Indere Lungenkrankl	on) e Missbildung, Herzinsuffizienz) neiten ypoventilation, Bronchodysplasie)	
C) Notwendige Untersuchungen ZEICHEN	N DES CHRONISCHEN C	OR PULMONALE : [JA 🗆 NEIN	
Lungenfunktion: Datum:	VK :	% Sollwert FE	V1% Sollwert	
			matokrit :%	
Arterielle Blutgase : (unter klinisch stabilen Verhältnissen)	<u>Datum</u>	<u>PaO2</u>	PaCO2 SaO2	
(1) in Ruhe / ohne O2				
(2) in Ruhe nach > 30 Min. O2				
(3) unter standardisierter Belastung (ohne O2)		. <u></u>		
(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	0 ₂ -Dosis in Ruhe :	L/min	O ₂ -Dosis unter Belastung :	L/min
(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) D Ja (gültig für 1 Jahr) Nein				
Nach 10 Monaten sendet SOS OXYGENE SA Ihnen da	as Verordnungsformular fü	r die Erneuerung.		
F) Ärzte				
Verordnender Pneumologe:		Un	terschrift + 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