

# VERORDNUNGSFORMULAR

## kontinuierliche O<sub>2</sub>-Langzeittherapie

- Erstverordnung  
 Wiederholungs-Verordnung

ONLINESHOP  
www.oxymed.ch  
Tel. 0041-71 911 22 65  
CH-9500 WIL / SG

Gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP

### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: _____	Geschlecht: _____
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ / Ort: _____ Kt.: _____	AHV-Nummer: _____
Telefon/Natel: _____	Invalidenversicherung: _____
Beruf: _____	KK-Mitglied-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Sektion: _____

### 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	Andere: _____

### C) Obligatorische Untersuchungen Ja Nein Zeichen des chronischen Cor pulmonale

Lungenfunktion (in % Sollwert)	VK: _____ %	FEV1: _____ %	
Labor <input type="checkbox"/> in mm HG <input type="checkbox"/> in kPa	Hämoglobin: _____ g%	Hämatokrit: _____ g%	
Arterielle Blutgase: (klinisch stabile Verhältnisse)	Datum: _____	PaO <sub>2</sub> : _____	PaCO <sub>2</sub> : _____ SaO <sub>2</sub> %: _____
(1) in Ruhe (ohne O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(2) in Ruhe (nach > 30 Minuten O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(3) unter standardisierter Belastung (ohne O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(4) unter standardisierter Belastung (mit O <sub>2</sub> )	_____	_____	_____
(3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System			

### D) Verordnung Therapie-System Bitte aus Liste auswählen:

Dauer: _____ Std./Tag	O <sub>2</sub> -Dosis Ruhe: _____ L/Min	O <sub>2</sub> -Dosis Belastung: _____ L/Min
Mobilität: _____ Std./Tag (ausserhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____ Sparventil: _____	Begründung Sparventil bei Flüssig: _____
Verabreichung: _____	Bemerkung: _____	

### E) Anordnung für Beratung und Betreuung

Beratung und Betreuung (Vorortkontrollen, Bericht an Arzt)  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein

### F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe: _____	Stempel / Unterschrift: (inkl. Konkordatsnummer)
Datum der Entlassung: _____	
Datum der Verordnung: _____	
Hausarzt: _____	
Pneumologe für Nachkontrollen: _____	

Verordnung senden an:



**www.oxymed.ch**  
Enrico Duschletta CEO  
Tel. +41 71 911 22 65  
CH-9500 Wil / SG - Mattstrasse 5