

PÄDIATRISCHE VERORDNUNG

Monitoring (inkl. Sauerstofftherapie)

High-Flow-Therapie

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

7


LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	E-Mail _____
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Versicherer _____	Krankheit/IV _____
Versicherten-Nr. _____	

B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen):

C) Monitoring Sättigungs-/Pulsmonitoring EKG

Monitorgrenzen	Alarmfilter für O₂-Sättigung
SpO ₂ minimal: _____ % SpO ₂ maximal: _____ %	<input type="checkbox"/> 0 = aus <input type="checkbox"/> 15 Sekunden
Puls minimal: _____ Puls maximal: _____	<input type="checkbox"/> 20 Sekunden Andere: _____ Sekunden

D) Sauerstofftherapie-System O₂-Konzentrator mit mobilem System ohne mobilem System Flüssiggas-System

Initialeinstellungen

Dosierung _____ L/Min.

Bemerkung

Wenn <SpO₂ minimal, dann um _____ L/Min. **erhöhen** bis Maximaldosierung von _____ L/Min.

Wenn >SpO₂ maximal, dann um _____ L/Min. **reduzieren**.

E) High-Flow-Therapie Gerät: _____

Flow: _____ L/Min.: _____ Bei zusätzlichem O₂ Zielwert SpO₂: _____

Juniormodus (Temp 34C) Erwachsenenmodus Temperatur: 31C 34C 37C

Nasenbrille: _____ L XL

F) Tracheostoma

Beatmungsbeutel komplett mit Maske Maskengrösse: _____ Ambugrösse: _____ Verbindungsstück für Tracheotomierte

G) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

Richtwert in Minuten

(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.

(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.

(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Erstes Jahr:
400 Minuten

Folgejahr:
200 Minuten

H) Verordnender Pneumologe

Pädiatrischer Pneumologe _____

Abteilung/Klinik _____

Datum der Entlassung _____

Datum der Verordnung _____

Kinderarzt _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an _____