

PÄDIATRISCHE VERORDNUNG

Monitoring (inkl. Sauerstofftherapie)
High-Flow-Therapie

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

B) Hauptdiagnose

P00 Lungenerkrankung des Frühgeborenen (Bsp. Bronchopulmonale Dysplasie)	P40 CF & andere Bronchiektasenerkrankungen
P10 Lungenhypoplasien (Bsp. Zwerchfellhernie, CPAM)	P50 Bronchiolitis obliterans
P20 Pulmonal-arterielle Hypertension (Bsp. Trisomie 21)	P60 Erkrankungen des Thorax (Bsp. schwere Kyphoskoliose)
P30 Interstitielle Lungenerkrankung (Bsp. chILD)	P70 Neuromuskuläre Erkrankungen
	P90 Andere

C) Monitoring Sauerstoffsättigungs-/Pulsmonitor

Monitorgrenzen	Alarmfilter (Standard 20 Sek)
SpO ₂ minimal: _____ % SpO ₂ maximal: _____ %	<input type="checkbox"/> 0 = aus <input type="checkbox"/> 16 Sekunden
Puls minimal: _____ Puls maximal: _____	<input type="checkbox"/> 20 Sekunden <input type="checkbox"/> Andere _____ Sekunden

D) Sauerstofftherapie-System Stationär Mobil Reserve für Notfall

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 mit myAirvo2

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

Juniormodus Temp: 34C Erwachsenenmodus Temp: 31 - 34 - 37C

Optiflow Nasenbrille: gemäss Gewicht

F) Tracheostoma Beatmungsbeutel komplett mit Maske Verbindungsstück zum Therapiesystem

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 _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer</div>
Abteilung/Klinik _____	
Datum der Entlassung _____	
Datum der Verordnung _____	
Kinderarzt _____	

Verordnung per Mail senden an Chutzenstrasse 10, 3007 Bern info@lungenliga-be.ch, Tel: 031 300 26 26

Lungenliga Bern