

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 _____ | Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer |
| 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