

# 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 <input type="checkbox"/>
Versicherten-Nr. _____	

#### B) Hauptdiagnose P80 Diverses

<b>P00 Chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen</b> (Bsp. Broncho-pulmonale Dysplasie)	<b>P40 CF &amp; andere Bronchiektasenerkrankungen</b>
<b>P10 Lungenhypoplasien (Bsp. Zwerchfellhernie, CPAM)</b>	<b>P50 Bronchiolitis obliterans</b>
<b>P20 Pulmonal-arterielle Hypertension (Bsp. Trisomie 21)</b>	<b>P60 Erkrankungen des Thorax (Bsp. schwere Kyphoskoliose)</b>
<b>P30 Interstitielle Lungenerkrankung (Bsp. chILD)</b>	<b>P70 Neuromuskuläre Erkrankungen</b>
	<b>P80 Diverses</b>

#### C) Monitoring Sauerstoffsättigungs-/Pulsmonitoring EKG

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

#### D) Sauerstofftherapie-System O<sub>2</sub>-Konzentrator mit mobilem System ohne mobiles System Flüssiggas-System

**Initialeinstellungen**  
Dosierung \_\_\_\_\_ L/Min.

**Bemerkung**  
Wenn <SpO<sub>2</sub> minimal, dann um \_\_\_\_\_ L/Min. **erhöhen** bis Maximaldosierung von \_\_\_\_\_ L/Min.  
Wenn >SpO<sub>2</sub> maximal, dann um \_\_\_\_\_ L/Min. **reduzieren**.

#### E) High-Flow-Therapie Gerät:

Flow: \_\_\_\_\_ L/Min: \_\_\_\_\_ Bei zusätzlichem O<sub>2</sub> Zielwert SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

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)

<b>Richtwert in Minuten</b> (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.	<b>Erstes Jahr:</b> 400 Minuten	<b>Folgejahr:</b> 200 Minuten
---	------------------------------------	----------------------------------

#### H) Verordnender Pneumologe

<b>Pädiatrischer Pneumologe</b> _____	<b>Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer</b>
<b>Abteilung/Klinik</b> _____	
<b>Datum der Entlassung</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Datum der Verordnung</b> _____	
<b>Kinderarzt</b> _____	

#### Verordnung senden an

Lungenliga Zentralschweiz \_\_\_\_\_  
Mooshüslistrasse 14, 6032 Emmen  
info@lungenliga-zentralschweiz.ch, (Fax Nr.: +41414293111)