

# 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. \_\_\_\_\_

#### B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen):

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

Monitorgrenzen | Alarmfilter für O<sub>2</sub>-Sättigung  
SpO<sub>2</sub> minimal: \_\_\_\_\_ % SpO<sub>2</sub> maximal: \_\_\_\_\_ % |  0 = aus  15 Sekunden  
Puls minimal: \_\_\_\_\_ Puls maximal: \_\_\_\_\_ |  20 Sekunden Andere: \_\_\_\_\_ Sekunden

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

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.

<b>Erstes Jahr:</b> 400 Minuten	<b>Folgejahr:</b> 200 Minuten
------------------------------------	----------------------------------

#### H) Verordnender Pneumologe

Pädiatrischer Pneumologe \_\_\_\_\_  
Abteilung/Klinik \_\_\_\_\_  
Datum der Entlassung \_\_\_\_\_  
Datum der Verordnung \_\_\_\_\_  
Kinderarzt \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an \_\_\_\_\_