

CPAP-Therapie

Musterverordnung CPAP-Therapie



MiGeL-Limitationen

Die Verordnung der CPAP-Therapie ist Fachärzten für Pneumologie vorbehalten.

Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Verordnungsformulars die Richtlinien der SGP für die Diagnose und Betreuung von Personen mit OSAS. Diese regeln die Indikationen, die Verschreibungspraxis und das Follow-up.

🌐 Richtlinien: www.pneumo.ch/fachpersonen.html

Drucken VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie/Pflege <small>Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP</small>		Erstverordnung <input type="checkbox"/> WiederholungsV <input type="checkbox"/> <small>(von Liga auszufüllen)</small> MiGeL <input type="checkbox"/> KLV 7 <input type="checkbox"/>	 <small>HILF. INFORMIERL. WIRKL.</small>
A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)			
Name/Vorname _____	Geschlecht _____		
Adresse _____	Geburtsdatum _____		
PLZ/Ort _____	Kt _____		
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____		
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____		
Versicherer _____	Versicherten-Nr. _____		
B) Hauptdiagnose		Bitte Code wählen	
20 Respiratorische Schlafstörungen <small>(OSA, CSA, gemischte Formen)</small> 30 Neuromuskuläre Krankheiten		50 Kardiale Krankheiten <small>(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)</small> 90 Andere _____	
C) Untersuchungen			
Diagnostik:	Index:	Ohne CPAP:	Mit CPAP:
<input type="checkbox"/> Oxymetrie	Anzahl Desaturationen/Stunde: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Apnoe-Hypopnoe-Index: _____	_____	_____
D) Verordnung Gerät und Zubehör			
Leistung wird gewünscht als: _____		(Kauf frühestens nach 12 Monaten möglich)	
Systeme		Druck (min./max.) _____	
Zubehör			
<input type="checkbox"/> Nasen-Maske	Modell _____	Grösse _____	
<input type="checkbox"/> Vollgesichts-Maske	Modell _____	Grösse _____	
<input type="checkbox"/> Kopfhalterung	Modell _____		
<input type="checkbox"/> Befeuchter	Modell _____		
<input type="checkbox"/> Anderes			
E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<small>(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)</small>	
Richtwert in Minuten		Erstes Jahr:	Folgejahr:
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.		140 Minuten	80 Minuten
(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.			
F) Anordnung für Erfolgsüberwachung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Erfolgsüberwachung nach 1 bis 3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr (Aufbereiten Compliancedaten, Bericht an Arzt)			
G) Verordnender Pneumologe		Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	
Verordnender Pneumologe/verordnendes Zentrum für Schlafmedizin			
Datum der Entlassung _____			
Datum der Verordnung _____			
Pneumologe für Nachkontrollen _____			
Verordnung senden an	Verein Lunge Zürich, Pfingstweidstrasse 10, 8005 Zürich		
ZH _____	Tel: 0800 07 08 09, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch		

Auswahl ob Erst- oder Wiederholungsverordnung
MiGeL und KLV7 wird durch LUNGE ZÜRICH ausgefüllt.

A), B), C) und D) vollständig ausfüllen.

E) Verordnung «Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause» (Ja oder Nein) ankreuzen.

- Im Standardfall sind die Richtwerte des Pflegebedarfs fix hinterlegt.
- Die ärztliche Verordnung für die Beratung wird für sechs Monate erstellt und verlängert sich anschliessend automatisch um weitere sechs Monate.