

VERORDNUNGSFORMULAR Aerosolapparat & Absauggerät

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Natel _____
Beruf _____
Versicherer _____

Geschlecht _____
Geburtsdatum _____
Kt _____
Sozialversicherungs-Nr. _____
Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherten-Nr. _____

B) Hauptdiagnose

00 Obstruktive Lungenkrankheiten
01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma

10 Restriktive Lungenkrankheiten
(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

20 Respiratorische Schlafstörungen
(OSA, CSA, gemischte Formen)

30 Neuromuskuläre Krankheiten

Bitte Code wählen

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen
(pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

60 Andere Lungenkrankheiten
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

90 Andere _____

C) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

Aerosol-Apparat
Voraussichtliche Therapiedauer: max. 6 Monate
 > als 6 Monate

Spezialvernebler Antibiotika und Steroide

Silikonmaske für Kleinkinder

Beatmungs-Inhalationsgerät (IPPB)
Einsatz z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen,
Skoliose, Tetraplegie, Pectus excavatum u.a.

Absauggerät für die Atemwege
Behandlungsbeginn _____

Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

Ja Nein

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.

Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten	Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten
Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten	Absaugen Folgejahr: 90 Minuten

E) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an _____