

VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7



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

20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

30 Neuromuskuläre Krankheiten

Bitte Code wählen

50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

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 (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.

Erstes Jahr:
140 Minuten

Folgejahr:
80 Minuten

F) Anordnung für Erfolgsüberwachung

Ja Nein

Erfolgsüberwachung nach 1 bis 3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr
(Aufbereiten Compliancedaten, Bericht an Arzt)

G) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe/
verordnendes Zentrum
für Schlafmedizin _____

Datum der Entlassung _____

Datum der Verordnung _____

Pneumologe für Nachkontrollen _____

Verordnung senden an _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer