

VERORDNUNGSFORMULAR

Atemtherapiegerät STMedical

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)

Name und Vorname: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bei Kindern Name und Vorname ges. Vertreter: _____	
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ / Ort: _____ Kt: _____	AHV-Nummer: _____
Telefon / Natel: _____	Invalidenversicherung: _____
Beruf: _____	KK-Mitglied-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Sektion: _____

B) Hauptdiagnose/Indikation

<input type="checkbox"/> Obstruktive Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Cystische Fibrose
<input type="checkbox"/> Restriktive Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Krankheiten
<input type="checkbox"/> Andere Lungenkrankheiten: _____	<input type="checkbox"/> Andere: _____

Atemtherapiegerät zur Verbesserung

<input type="checkbox"/> Lungenfunktion
<input type="checkbox"/> Körperliche Leistungsfähigkeit
<input type="checkbox"/> Sekretmobilisation

D) Untersuchungen für Instruktion

Vitalkapazität (VK): _____ L
Atemgrenzwert (MVV): _____ L/min (optional)

E) Verordnung Gerät und Zubehör

<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.1	Kauf STMedical (Verschreibung nur durch Fachärzte Pneumologie, Bewilligung durch Vertrauensarzt, max. 1 Gerät alle 5 Jahre)
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.2	3 Monate Miete STMedical (max. 3 Monate gemäss Höchstvergütungsbetrag)

Zubehör:

<input type="checkbox"/> 14.03.11.01.1	Atmungsbeutel (1 mal pro Jahr) Beutelvolumen = 50% der Vitalkapazität (VK) in Liter <input type="checkbox"/> 0.5L <input type="checkbox"/> 1.0L <input type="checkbox"/> 1.5L <input type="checkbox"/> 2.0L <input type="checkbox"/> 2.3L <input type="checkbox"/> 3.0L
<input type="checkbox"/> 14.03.11.02.1	Mundstück (1 mal pro Jahr)

F) Verordnung Beratung und Betreuung

<input type="checkbox"/> 14.03.11.03.1	Schulung (Erstinstruktion) zum Atemtherapiegerät
<input type="checkbox"/>	Verordnung Pflege ambulant oder zu Hause

G) Verordnender Arzt/Pneumologe

Verordnender Arzt/Pneumologe _____	Stempel / Unterschrift (inkl. Konkordatsnummer)
Klinik / Praxis _____	
Datum der Verordnung _____	
Hausarzt _____	

Die persönlichen Patientendaten werden nur für den Zweck der Krankenkassenverordnung weitergegeben. Der Patient ist über die Weitergabe der Daten informiert und einverstanden.

Kopie der Verordnung an:

Ausgefüllte Verordnung bitte zurücksenden an:

Verein Lunge Zürich, alle Beratungsstellen, per Fax oder Mail:
044 268 20 20, beratung@lunge-zuerich.ch. Termine nach Vereinbarung.
Kostenloses Info- und Beratungstelefon: 0800 07 08 09.