

VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

3


LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	E-Mail _____
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"/> 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 Compiancedaten, Bericht an Arzt)

G) Verordnender Pneumologe

**Verordnender Pneumologe/
verordnendes Zentrum
für Schlafmedizin** _____

Datum Behandlungsbeginn _____

Datum der Verordnung _____

Pneumologe für Nachkontrollen _____

Verordnung senden an _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer