

VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV
MiGel KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

Geschlecht _____
Geburtsdatum _____
E-Mail _____
Sozialversicherungs-Nr. _____
Krankheit/Unfall/IV _____
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

Ja Nein

Richtwert in Minuten

- Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.

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