

VERORDNUNGSFORMULAR

Aerosolapparat & Absauggerät

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

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

☐ **Aerosol-Apparat**
☐ Spezialvernebler Antibiotika und Steroide
☐ Silikonmaske für Kleinkinder

☐ **Absauggerät für die Atemwege**
Behandlungsbeginn _____

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

☐ 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.

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
