

# VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

- Erstverordnung  
 Wiederholungs-Verordnung



## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: _____	Geschlecht: _____
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ / Ort: _____	Kt: _____ AHV-Nummer: _____
Telefon / Natel: _____	Invalidenversicherung: _____
Beruf: _____	KK-Mitglied-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Sektion: _____

## B) Hauptdiagnose \_\_\_\_\_ bitte Code wählen:

<b>20</b> <b>Respiratorische Schlafstörungen</b> (OSA, CSA, gemischte Formen)	<b>50</b> <b>Kardiale Krankheiten</b> (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
<b>30</b> <b>Neuromuskuläre Krankheiten</b>	<b>90</b> <b>Andere:</b> _____

## C) Untersuchungen

<u>Diagnostik:</u>	<u>Index:</u>	<u>Ohne CPAP:</u>	<u>mit CPAP:</u>
<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 Mt. möglich)

Systeme:

<input type="checkbox"/> nCPAP	Modell: _____	Druck: _____
<input type="checkbox"/> aCPAP	Modell: _____	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) Anordnung für Beratung und Betreuung

Erfolgsüberwachung nach 2 – 3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr (Aufbereiten Compiancedaten, Bericht an Arzt)	<input type="checkbox"/> ja (gültig für 1 Jahr)	<input type="checkbox"/> nein
Beratung und Betreuung (Maskentragekomfort mit evtl. Nachanpassung, Erfassen Nebenwirkungen, Motivation und Compliance)	<input type="checkbox"/> ja (gültig für 1 Jahr)	<input type="checkbox"/> nein

## F) Verordnender Pneumologe

<b>Verordnender Pneumologe / verordnendes Zentrum für Schlafmedizin:</b> _____	Stempel / Unterschrift inkl. Konkordats-Nr.: _____
Datum der Entlassung: _____	
Datum der Verordnung: _____	
<b>Pneumologe für Nachkontrollen:</b> _____	

BITTE AUSGEFÜLLTE VERORDNUNG **FAXEN** UND **ORIGINAL SENDEN AN:**

**Für Kanton LUZERN:**  
Lungenliga Luzern-Zug

Schachenstrasse 9  
6030 Ebikon  
Telefon 041 429 31 10  
Fax 041 429 31 11

**Für Kanton ZUG:**  
Lungenliga Luzern-Zug  
Beratungsstelle Kanton Zug  
Hochhaus Landhausstrasse 21/5105  
6340 Baar  
Telefon 041 429 31 10  
Fax 041 710 85 20

**Bitte jeweils  
telefonische  
Voranmeldung.**