

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kt _____
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"/> Kopfhalterung	Modell _____	
<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.	Erstes Jahr: 140 Minuten	Folgejahr: 80 Minuten
(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.		

F) Anordnung für Erfolgsüberwachung

Ja Nein

Erfolgsüberwachung nach 1 bis 3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr
 (Aufbereiten Compliancedaten, Bericht an Arzt)

G) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe/ verordnendes Zentrum für Schlafmedizin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Entlassung _____	
Datum der Verordnung _____	
Pneumologe für Nachkontrollen _____	
Verordnung senden an _____	