

# VERORDNUNGSFORMULAR Aerosolapparat & Absauggerät

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung   
WiederholungsV   
(von Liga auszufüllen)  
MiGel  KLV 7

# 1

  
**LUNGENLIGA**  
**LIGUE PULMONAIRE**  
**LEGA POLMONARE**

## 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

### 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

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

### Aerosol-Apparat

Voraussichtliche Therapiedauer:  ≤ 90 Tage  
 > 90 Tage

Spezialvernebler Antibiotika und Steroide

Silikonmaske für Kleinkinder

### Absauggerät für die Atemwege

Behandlungsbeginn \_\_\_\_\_

Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## D) 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.

**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 \_\_\_\_\_