

Musterverordnung Nr. 1 Aerosolapparat und Absauggerät

VERORDNUNGSFORMULAR
Aerosolapparat & Absauggerät

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung **1**
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

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 Bitte Code wählen

<p>00 Obstruktive Lungenkrankheiten 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma</p> <p>10 Restriktive Lungenkrankheiten (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)</p> <p>20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)</p> <p>30 Neuromuskuläre Krankheiten</p>	<p>40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)</p> <p>50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)</p> <p>60 Andere Lungenkrankheiten (Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)</p> <p>90 Andere _____</p>
---	---

C) Verordnung für (bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

<p><input type="checkbox"/> Aerosol-Apparat SNr... _____</p> <p>Voraussichtliche Therapiedauer: <input type="checkbox"/> max. 6 Monate <input type="checkbox"/> > als 6 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Spezialvernebler Antibiotika und Steroide</p> <p><input type="checkbox"/> Silikonmaske für Kleinkinder</p> <p><input type="checkbox"/> Beatmungs-Inhalationsgerät (IPPB) Einsatz z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen, Skoliose, Tetraplegie, Pectus excavatum u.a.</p> <p><input type="checkbox"/> Absauggerät für die Atemwege Behandlungsbeginn _____ </p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Medikamente</th> <th style="width: 30%;">Dosierung</th> <th style="width: 40%;">Anzahl/Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag																		
Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag																				

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein
(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

<p>Richtwert in Minuten</p> <p>(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.</p> <p>(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.</p> <p>(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten</td> <td style="text-align: center;">Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten</td> <td style="text-align: center;">Absaugen Folgejahr: 90 Minuten</td> </tr> </table>	Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten	Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten	Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten	Absaugen Folgejahr: 90 Minuten	
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 _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung _____	Bilddatei auswählen
Hausarzt _____	

Verordnung senden an Lungenliga Thurgau, Bahnhofstrasse 15, 8570 Weinfelden
TG Tel: 071 626 98 98, Fax: 071 626 98 99, Mail: info@lungenliga-tg.ch

Entweder Erstv. oder Wiederholungs- ankreuzen. Wiederholungs- bei chronischen Erkrankungen. Dabei handelt es sich um einen Geräteverkauf. Aerosolgerät wird durch LLTG abgegeben.

Bitte vollständig ausfüllen.

Falls Sie ein Depot an Mietgeräten haben, bitte die Seriennummer des Geräts notieren und die Verordnung an LLTG faxen. Kurzinstruktion über Anwendung.

Bei Nutzung des Gerätes von max. 6 Monate: Vermietung

Bei Nutzung des Gerätes von mehr als 6 Monaten: Verkauf. Patient bezieht Gerät über LLTG.

v.a. in palliativen Situationen. Patient bezieht Gerät von LLTG.

Damit Krankenkasse für die Kosten für die Beratungsleistung aufkommt, ist ein JA zwingend.

Bitte vollständig ausfüllen. Erforderlich für Anerkennung der Krankenkassen.

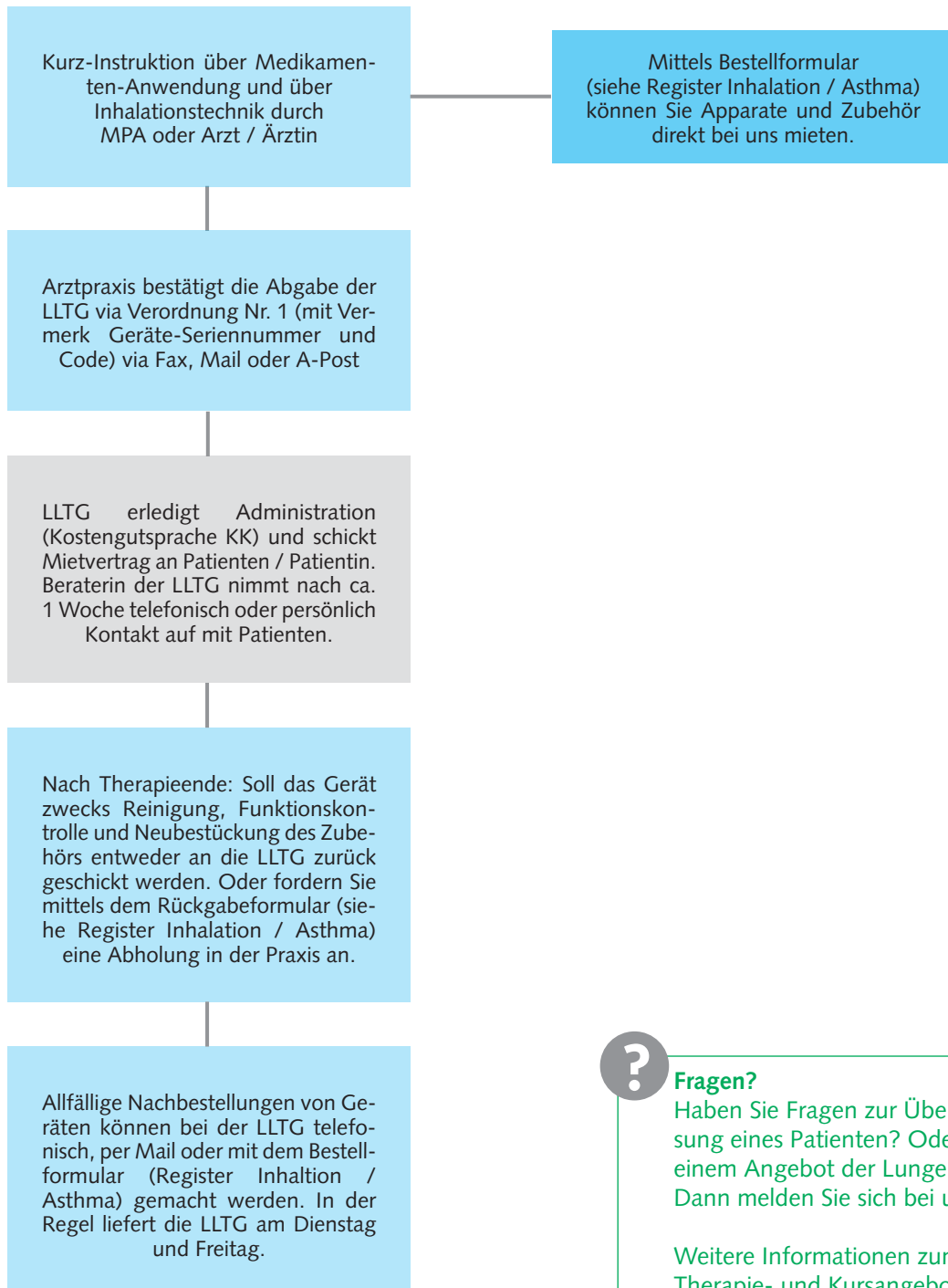
WICHTIG:
Kurzinstruktion über Anwendung durch MPA oder Arzt.
Abgabe von Medikament oder Rezept erfolgt durch Arzt.

→ Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga-tg.ch



Ablauf

«Abgabe Aerosolgeräte durch Arztpraxis»



Fragen?

Haben Sie Fragen zur Überweisung eines Patienten? Oder zu einem Angebot der Lungenliga? Dann melden Sie sich bei uns.

Weitere Informationen zum Therapie- und Kursangebot der Lungenliga Thurgau finden Sie auf www.lungenliga-tg.ch.
Kontakt: info@lungenliga-tg.ch oder Telefon 071 626 98 98

