

# Musterverordnung Nr. 3 CPAP-Therapie/Beratung

Drucken

**VERORDNUNGSFORMULAR**  
**CPAP-Therapie/Pflege**

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung   
WiederholungsV   
(von Liga auszufüllen)  
MiGel  KLV 7

3

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

---

**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**  Ja  Nein  
(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

Richtwert in Minuten	Erstes Jahr:	Folgejahr:
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.	140 Minuten	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 Compiancedaten, 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  
TG \_\_\_\_\_ Lungenliga Thurgau, Bahnhofstrasse 15, 8570 Weinfelden  
Tel: 071 626 98 98, Fax: 071 626 98 99, Mail: info@lungenliga-tg.ch

**WICHTIG:**

Diese Verordnung wird durch den Facharzt für Pneumologie ausgefüllt.

Mögliche Fragestellungen von Schlafapnoe:

- Leidet der Patient unter Tagesmüdigkeit?
- Bestehen Einschlafendenzen während alltäglichen (monotonen) Verrichtungen?
- Schnarcht der Patient?
- Werden in der Nacht Atemaussetzer beobachtet?
- Zeigt die Pulsoxymetriemessung Zeitintervalle mit tiefen Sättigungen an?

Können die Punkte mit Ja beantwortet werden, ist eine Zuweisung an den Pneumologen sinnvoll.

→ Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter [www.lungenliga-tg.ch](http://www.lungenliga-tg.ch)