

VERORDNUNGSFORMULAR Aerosolapparat & Absauggerät

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
 WiederholungsV
 (von Liga auszufüllen)
 MiGel KLV 7

1



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: max. 6 Monate
 > als 6 Monate

Spezialvernebler Antibiotika und Steroide

Silikonmaske für Kleinkinder

Beatmungs-Inhalationsgerät (IPPB)
 Einsatz z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen,
 Skoliose, Tetraplegie, Pectus excavatum u.a.

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 _____