

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 _____	E-Mail _____
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 _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Datum der Verordnung _____

Hausarzt _____

Verordnung senden an _____