

VERORDNUNGSFORMULAR

Unterkiefer-Orthese

MiGel 14.11.00.01.1

Erstverordnung

(von Liga auszufüllen)

MiGel



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

Respiratorische Schlafstörungen
(OSA, CSA, gemischte Formen)

C) Untersuchungen

Diagnostik:	Wert:
<input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	
<input type="checkbox"/> Apnoe-Hypopnoe-Index:	_____
<input type="checkbox"/> Epworth Sleepness Scale (ESS)	_____
<input type="checkbox"/> weitere Symptome (Tagesmüdigkeit o. ä.)	_____ _____

D) Verordnung Gerät

Systeme

<input type="checkbox"/> Narval ResMed	<input type="checkbox"/> Kauf
<input type="checkbox"/> SomnoSwiss®	_____
<input type="checkbox"/> andere	

E) Verordnender Facharzt/Fachzentrum

Verordnender Facharzt/ verordnendes Fachzentrum	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum Behandlungsbeginn _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Datum der Verordnung _____	

Verordnung senden an	
_____	_____