

Musterverordnung Nr. 3 CPAP-Therapie

Limitationen und fachliche Voraussetzungen

Diese sind verbindlich in der gültigen MiGeL geregelt. Verordnungen nur möglich für Fachärztinnen/Fachärzte für Pneumologie oder Fachärztinnen/Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie.

Indikationsstellung erfolgt gemäss *Empfehlungen SSSSC zu Diagnose und Therapie der Schlafapnoe, Version vom 17.06.2020.*

Abgabe von Geräten

Erstabgabe und Erstinstruktion erfolgt durch die Lungenliga. Senden Sie uns die Verordnung per E-Mail zu, wir setzen uns mit den Patienten direkt in Verbindung. Eine Terminvereinbarung ist zwingend notwendig.

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

b

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

B) Hauptdiagnose

20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen) 30 Neuromuskuläre Krankheiten	Bitte Code wählen 50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz) 90 Andere _____
---	---

b

C) Untersuchungen

Diagnostik: <input type="checkbox"/> Oxymetrie <input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Index: Anzahl Desaturationen/Stunde: Apnoe-Hypopnoe-Index:	Ohne CPAP: _____ Mit CPAP: _____	
--	---	---	--

b

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"/> Befeuchter	Modell _____	
<input type="checkbox"/> Anderes	_____	

c

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

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.	Erstes Jahr: 140 Minuten	Folgejahr: 80 Minuten
--	------------------------------------	---------------------------------

d

F) Anordnung für Erfolgsüberwachung Ja Nein

Erfolgsüberwachung nach 1 bis 3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr (Aufbereiten Compliance-daten, Bericht an Arzt)

f

G) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe/verordnendes Zentrum für Schlafmedizin _____ Datum Behandlungsbeginn _____ Datum der Verordnung _____ Pneumologe für Nachkontrollen _____ Verordnung senden an _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
---	--

- a** Bitte Erst- oder Wiederholungsverordnung ankreuzen. Angabe MiGeL/KLV7 übernimmt die Lungenliga.
- b** Bitte die Punkte a), b), c) und d) vollständig ausfüllen.
- c** Bitte Ja ankreuzen, damit die Lungenliga die Beratungsleistungen erbringen kann.
- d** Bitte Ja ankreuzen, damit die Lungenliga die Erfolgsüberwachung durchführen kann.
- f** Bitte ausfüllen und mit ZSR-Nummer sowie Stempel/Unterschrift versehen. Unvollständig unterzeichnete Formulare werden von den Krankenkassen zurückgewiesen.

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga.ch. Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

LUNGENLIGA SCHWEIZ
LIGUE PULMONAIRE SUISSE
LEGA POLMONARE SVIZZERA
LIA PULMUNARA SVIZRA