

Musterverordnung Nr. 3 CPAP-Therapie

MiGeL-Limitationen

Die Verordnungen der CPAP-Therapie ist Pneumologinnen und Pneumologen vorbehalten.

Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Formulars die Richtlinien der SGP für die Diagnose und Betreuung von Personen mit OSAS. Diese regeln die Indikationen, die Verschreibungspraxis sowie das weitere Vorgehen.

Mehr dazu auf www.pneumo.ch/fachpersonen.html

VERORDNUNGSFORMULAR
CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV
MiGeL KLV 7

3

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

a

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

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

b

C) Untersuchungen

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

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"/> Kopfhalterung	Modell _____	
<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

<p>(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.</p> <p>(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.</p> <p>(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.</p>	<p>Erstes Jahr: 140 Minuten</p>	<p>Folgejahr: 80 Minuten</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------

d

F) Anordnung für Erfolgsüberwachung Ja Nein

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

f

G) Verordnender Pneumologe

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

Lungenliga St.Gallen – Appenzell, Kolumbanstrasse 2,
9008 St.Gallen. Tel. 071 228 47 47, info@lungenliga-sg.ch

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Wiederholungsverordnung. MiGeL und KLV 7 wird durch die Lungenliga ausgefüllt.
- b** Bitte füllen Sie die Punkte A), B), C) und D) vollständig aus.
- c** Kreuzen Sie bitte «Ja» an, damit die Lungenliga ihre Beratungsleistungen verrechnen kann.
- d** Kreuzen Sie bitte «Ja» an, damit die Lungenliga die Erfolgsüberwachung verrechnen kann.
- f** Bitte vollständig ausfüllen, inklusive Unterschrift, Stempel und ZSR-Nummer. Die Verordnung wird sonst von der Krankenkasse nicht anerkannt.

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga-sg.ch. Oder einfach QR-Code abschnappen, downloaden und ausfüllen.

