

# 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 \_\_\_\_\_ 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**  
 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 \_\_\_\_\_  
Datum der Verordnung \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an \_\_\_\_\_