

# 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**

## 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

**20 Respiratorische Schlafstörungen**  
(OSA, CSA, gemischte Formen)  
**30 Neuromuskuläre Krankheiten**

## Bitte Code wählen

**50 Kardiale Krankheiten**  
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)  
**90 Andere** \_\_\_\_\_

## C) Untersuchungen

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

## 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	_____	

## E) 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.	<b>Erstes Jahr:</b> 140 Minuten	<b>Folgejahr:</b> 80 Minuten
---	------------------------------------	---------------------------------

## F) Anordnung für Erfolgsüberwachung

Ja  Nein

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

## 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