

# VERORDNUNGSFORMULAR

## CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung   
Wiederholungs-VO   
MiGeL  KLV 7



### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kanton _____
Telefon/Mobil _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherungs-Nr. _____

### B) Hauptdiagnose Code

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

### C) Untersuchungen

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

### D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als:  Miete  Kauf (Kauf frühestens nach 12 Monaten möglich)

**Systeme:** \_\_\_\_\_ **Rampe:** \_\_\_\_\_

Druck (min./max.): \_\_\_\_\_ **Ausatemhilfe:** \_\_\_\_\_

**Zubehör**

<input type="checkbox"/> Nasen-Maske	Modell _____	Grösse _____
<input type="checkbox"/> Vollgesichts-Maske	Modell _____	Grösse _____

### E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH/Versicherer)

Richtwert in Minuten	<b>Erstes Jahr:</b>	<b>Folgejahr:</b>
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.	140 Minuten	80 Minuten
(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.		

### F) Verordnender Pneumologe

<b>Verordnender Pneumologe/</b> <b>verordnendes Zentrum</b> <b>für Schlafmedizin</b>	Tel-Nr. verordnenden Arzt _____
Datum Behandlungsbeginn _____	Stempel/Unterschrift
Datum der Verordnung _____	
<b>Nachkontrolle geplant am:</b> _____	ZSR-Nummer
	_____

**Verordnung senden an** Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen  
Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: [beratung@lunge-zuerich.ch](mailto:beratung@lunge-zuerich.ch)