

# 3 Verordnungsformular

## CPAP-Therapie

Erstverordnung  
Wiederholungs-Ver.  
MiGel KLV7



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

Name/Vorname	_____	Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____
Adresse	_____	Kostenübernahme	IV	KK	_____
PLZ/Ort	_____	Krankenkasse	_____		_____
Telefon/Mobile	_____	Kartenummer	_____		_____
E-Mail	_____	AHV-Nr.	_____		_____

### B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

#### 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

#### 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) Untersuchungen Datum: \_\_\_\_\_

Diagnostik	Index	ohne CPAP	mit CPAP
Oximetrie	Anzahl Desaturationen/Stunde:	_____	_____
Polygraphie/PSG	Apnoe-Hypopnoe-Index:	_____	_____
Kapnographie	PCO2-Messung	_____	_____

### D) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

14.11.02.00.2	CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem	SN _____
14.11.03.00.2	Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem	SN _____
14.11.04.00.2	Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem	

**Zubehör:** Nasal-Maske Vollgesichts-Maske Typ \_\_\_\_\_ Gr. \_\_\_\_\_  
Patient benötigt mehr Verbrauchsmaterial als vergütet weil: \_\_\_\_\_

Einstellungen: \_\_\_\_\_  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

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

Ja Nein

#### Richtwert in Minuten

- (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- (2) Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.
- (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Erfolgsüberwachung inkl. Erstinstallation pro Jahr: 210 Minuten

### F) Verordnender Arzt/Ärztin

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

\_\_\_\_\_

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_