Formular zurücksetzen

1 Verordnungsformular

Aerosolapparat & Absauggerät

☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungs-Ver.
☐ MiGel ☐ KLV 7

VitalAire Home Healthcare

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Telefon/Mobile
E-Mail
Geschlecht

Geburtsdatum
Kostenübernahme ☐ IV ☐ KK
Krankenkasse
Versicherten-Nr.
AHV-Nr.
Tracheostoma ☐ Ja ☐ Nein

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) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

☐ **Aerosol-Apparat**
Voraussichtliche Therapiedauer: ☐ ≤ 90 Tage ☐ > 90 Tage
☐ Spezialvernebler Antibiotika und Steroide
☐ Silikonmaske für Kleinkinder

☐ **Absauggerät für die Atemwege**
Behandlungsbeginn

Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

☐ **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

Datum der Verordnung
Verordnender Arzt/Ärztin
E-Mail

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer (Bilddatei auswählen)

272tV3

VitalAire Schweiz AG | Waldeggstrasse 38 | 3097 Liebefeld | Telefon 031 978 78 82 | 24/7 – 0800 800 234 | www.vitalaire.ch | info@vitalaire.ch

Formular per E-Mail senden

Formular drucken