

3 Verordnungsformular

CPAP-Therapie

Erstverordnung
Wiederholungs-Ver.
MiGel KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

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

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
- 14.11.03.00.2 Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem
- 14.11.04.00.2 Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem

Einstellungen:

Zubehör:

Nasal-Maske Vollgesichts-Maske

Patient benötigt mehr Verbrauchsmaterial als vergütet weil: _____

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 _____