

# 1 Verordnungsformular

Aerosolapparat & Absauggerät

Erstverordnung  
Wiederholungs-Ver.  
MiGel KLV7



## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

## B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

### 00 Obstruktive Lungenerkrankungen

- 01 chronische Bronchitis, Emphysem
- 02 Asthma

### 10 Restriktive Lungenerkrankungen

(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

### 20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

### 30 Neuromuskuläre Erkrankungen

### 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

### 50 Kardiale Erkrankungen

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

### 60 Andere Lungenerkrankungen

(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.

<b>Inhalationstherapie erstes Jahr:</b> 120 Minuten	<b>Inhalationstherapie Folgejahr:</b> 60 Minuten
<b>Absaugen erstes Jahr:</b> 180 Minuten	<b>Absaugen Folgejahr:</b> 90 Minuten

## E) Verordnender Arzt/Ärztin

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

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