

1 Verordnungsformular

Aerosolapparat & Absauggerät

Erstverordnung
Wiederholungs-Ver.
MiGel KLV7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

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 Krankheiten

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten

(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.

Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten	Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten
Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten	Absaugen Folgejahr: 90 Minuten

E) Verordnender Arzt/Ärztin

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

Datum der Verordnung _____
Verordnender Arzt/Ärztin _____
E-Mail _____