

3 Verordnungsformular

APAP/CPAP-Therapie

- Erstverordnung
 Wiederholungs-verordnung
 MiGel KLV7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> IV
Geschlecht	_____ Sprache	Krankenkasse	_____		
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____		
Telefon	_____	Kartenummer	_____		
Mobile	_____	Adresse	_____		
E-mail	_____	PLZ/Ort	_____		

B) Hauptdiagnose Code

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) Untersuchung

Diagnostik	Index	Ohne CPAP	Mit CPAP
<input type="checkbox"/> Oxymetrie <input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	Anzahl Desaturationen / Stunde	_____	_____
Untersuchung Datum _____	Apnoe-Hypopnoe Index	_____	_____

D) Verordnung Gerät und Verbrauchsmaterial

- 14.11.02.00.2 - CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem, miete Therapie start Datum _____
- 14.11.02.00.1 - CPAP-Gerät mit Befeuchtungssystem, kauf (erst nach 12 Monaten möglich) Jahreskontrolle Datum _____

Bemerkungen _____

Einstellungen

Druck	_____ / _____ cmH2O	Rampe (min)	_____
Start Druck	_____ cmH2O	EPR Stufe	_____

Verbrauchsmaterial

- Befeuchter Nasal-Maske _____ Anderes _____
- beheizter Schlauch Vollgesichts-Maske _____

Bemerkungen _____

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja Nein

Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion

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.

Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)

- 10901 Erstassessment
10902 Reassessment
10904 Pflege Planung
10906 Pflegebedarfsbestimmung
10907 Ärztliche Konsultation
10909 Pflegeanleitung/ Beratung

140 min / Erstes Jahr
80 min / Folgende Jahre

- 1-2 / pro Jahr
1-2 / pro Jahr
1-4 / pro Jahr
1-4 / pro Jahr
1-4 / pro Jahr

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin _____

Datum der Verordnung _____

Email _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)