

Musterverordnung CPAP-Therapie

MiGeL-Limitationen

Die Verordnung der CPAP-Therapie ist nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie sowie durch SSSSC zertifizierte Zentren für Schlafmedizin (SSSSC = Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology) möglich.

Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Verordnungsformulars die Richtlinien der SGP für die Diagnose und Betreuung von Personen mit OSAS. Diese regeln die Indikationen, die Verschreibungspraxis und das Follow-up.

Richtlinien: www.pneumo.ch/fachpersonen.html

VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
Wiederholungs-VO

MiGeL KLV 7

LUNGE ZÜRICH
Hilft. informiert. Wirkt.

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kanton _____
Telefon/Mobil _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherungs-Nr. _____

B) Hauptdiagnose Code

20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
30 Neuromuskuläre Krankheiten	90 Andere _____

C) Untersuchungen

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

D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als: Miete Kauf (Kauf frühestens nach 12 Monaten möglich)

Systeme: _____ Rampe: _____

Druck (min./max.): _____ Ausatemhilfe: _____

Zubehör

Nasen-Maske Modell _____ Grösse _____

Vollgesichts-Maske Modell _____ Grösse _____

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein
(gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH/Versicherer)

Richtwert in Minuten	Erstes Jahr:	Folgejahr:
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.	140 Minuten	80 Minuten
(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.		

F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe/ verordnendes Zentrum für Schlafmedizin	Tel.-Nr. verordnenden Arzt _____
Datum Behandlungsbeginn _____	Stempel/Unterschrift
Datum der Verordnung _____	[Stempel/Unterschrift]
Nachkontrolle geplant am: _____	ZSR-Nummer
	[ZSR-Nummer]

Verordnung senden an Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

Auswahl ob Erst- oder Wiederholungs-
verordnung

A), B), C) und D) vollständig ausfüllen.

E) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant
oder zu Hause»: Ja, zur Adhärenzüberprü-
fung und Beratung im Zusammenhang mit
Therapie und Krankheit durch LUNGE ZÜ-
RICH.

F) vollständig ausfüllen.

Download: www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare