

# VERORDNUNGSFORMULAR Aerosolapparat & Absauggerät

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung   
 WiederholungsV   
 (von Liga auszufüllen)  
 MiGel  KLV 7

# 1



## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
 Telefon/Natel \_\_\_\_\_ Sozialversicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_ Krankheit/Unfall/IV \_\_\_\_\_  
 Versicherer \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

## B) Hauptdiagnose

**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**

## Bitte Code wählen

**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) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

**Aerosol-Apparat**

Spezialvernebler Antibiotika und Steroide

Silikonmaske für Kleinkinder

**Absauggerät für die Atemwege**  
 Behandlungsbeginn \_\_\_\_\_

Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag

## D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

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

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

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

Hausarzt \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an \_\_\_\_\_