Formular Zurücksetzen

VIVISOL
Home Care Services

1 Verordnungsformular

Aerosolapparat & Absauggerät

☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungs-Verordnung
☑ MiGel ☑ KLV 7

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname
Geschlecht
Geburtsdatum
Telefon
Mobile
E-Mail
Tracheostoma ☐ Ja ☐ Nein

Kostenübernahme ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV
Krankenkasse
AHV-Nr.
Kartennummer
Adresse
PLZ / Ort

B) Hauptdiagnose

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) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

☐ **Aerosol-Apparat**
Voraussichtliche Therapiedauer: ☐ ≤ 90 Tage ☐ > 90 Tage

☐ Maske
☐ Mundstück

☐ **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

Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung

E-Mail

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer) (Bilddatei auswählen)

Vivisol Schweiz AG | Waldeggstrasse 38 | 3097 Liebefeld | t 0800 800 234 | e info@vivisol.ch | www.vivisol.ch
CHE-110.356.249 | RCC Q 0647.10 | GLN 7601003312324

Formular per E-Mail senden

Formular drucken