

3 Verordnungsformular

APAP/CPAP-Therapie

- Erstverordnung
 Wiederholungs-Verordnung
 MiGel KLV 7

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

00 Obstruktive Lungenkrankheiten 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma	40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)
10 Restriktive Lungenkrankheiten (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)	50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	60 Andere Lungenkrankheiten (Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)
30 Neuromuskuläre Krankheiten	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 Therapiestart 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	Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)	400 min / Erstes Jahr 200 min / Folgejahr
1. Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung	10901 Erstassessment	
2. Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.	10902 Reassessment	1–2 / pro Jahr
3. Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	10904 Pflege Planung	1–2 / pro Jahr
	10906 Pflegebedarfsbestimmung	1–4 / pro Jahr
	10907 Ärztliche Konsultation	1–4 / pro Jahr
	10909 Pflegeanleitung/ Beratung	1–4 / pro Jahr

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin	_____	Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer) (Bilddatei auswählen)
Datum der Verordnung	_____	
E-Mail	_____	