

3 Verordnungsf formular

APAP/CPAP-Therapie

- ☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungs-Verordnung
☐ MiGel ☐ KLV 7



VIVISOL
Home Care Services

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname	Kostenübernahme	☐ Krankheit	☐ Unfall	☐ IV
Geschlecht	Krankenkasse			
Geburtsdatum	AHV-Nr.			
Telefon	Kartennummer			
Mobile	Adresse			
E-Mail	PLZ / Ort			

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 auswählen:

- 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
☐ Oxymetrie ☐ 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

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)	140 min / Erstes Jahr 80 min / Folgejahr
10901 Erstassessment	
10902 Reassessment	1–2 / pro Jahr
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

Datum der Verordnung

E-Mail

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)