

# 7P Verordnungsformular

Pädiatrie: Cough-Assist

- 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	_____		
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				

## B) Hauptdiagnose

**P00 Chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen**  
(Bsp. Broncho-pulmonale Dysplasie, chronische Lungenerkrankung)

**P10 Angeborene/erworbene neonatale Lungenerkrankungen**  
(Bsp. Zwerchfellhernie)

**P20 Pulmonale Hypertension**  
(Bsp. Trisomie 21)

**P30 Interstitielle Lungenerkrankung**  
(Bsp. chILD)

**P40 Fortgeschrittene CF & andere Bronchiektasenerkrankungen**

Bitte Code auswählen:

**P50 Bronchiolitis obliterans**

**P60 Erkrankungen des Thorax**  
(Bsp. Thoraxdystrophie, schwere Kyphoskoliose)

**P70 Neuromuskuläre Erkrankungen**

**P80 Diverses**  
(Bsp. nächtliche Hypoxien bei Sichelzellanämie, Arnold-Chiari-Malformation, syndromale & metabolische Erkrankungen, Tracheotomie)

**P90 Andere** \_\_\_\_\_

## C) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 14.03.15.00.2L	Mechanischer In- / Exsufflator	Einatmungsflow (Liter / Min.):	_____
<input type="checkbox"/> Gerät:	_____	Einatmungszeit	_____
Modus	_____	Ausatmungsdruck	_____
Einatmungsdruck	_____	Ausatmungszeit	_____
		Pausendauer	_____
		Bei zusätzlichem O2 Zielwert FiO2:	_____

## D) Verordnung Beratung / Pflege ambulant oder zu Hause

Ja  Nein

### Richtwert in Minuten

- Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.
- Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

<b>Ventilatorische Insuffizienz erstes Jahr: 420 Minuten</b>	<b>Ventilatorische Insuffizienz Folgejahr: 270 Minuten</b>
--	--

## E) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

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

E-Mail \_\_\_\_\_

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