



7P Verordnungsf formular

Pädiatrie: Cough-Assist

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

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	_____		
Tracheostoma	☐ Ja ☐ 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)

☐ 14.03.15.00.2L	Mechanischer In- / Exsufflator	Einatmungsflow (Liter / Min.):	_____
☐ 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

- (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.

Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)	400 min / Erstes Jahr 200 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

E) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung

E-Mail

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)