Verordnung für Aerosolapparat und Absauggerät

1

(Aerosol-Apparat, Beatmungs-Inhalationsgerät [IPPB], Tracheal-Absauggerät)

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

A) ALLGEMEINE ANGABEN (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: ..... **Geschlecht:** M F

Bei Kindern Name und Vorname ges. Vertreter/in: .....

Adresse: ..... **Geburtsdatum:** ¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦

PLZ / Ort: ..... **Kanton:** ¦__¦__¦ **ID-Nummer:** ¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦

Telefon: ..... **Invalidenversicherung:** ja nein

Beruf:..... **KK-Mitglied-Nr:** .....

Krankenkasse: ..... **Sektion:** .....

B) HAUPTDIAGNOSE **Code:** ¦__¦__¦__¦ (bitte Code aus untenstehender Liste verwenden)

0 Obstruktive Lungenkrankheiten
01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma

10 Restriktive Lungenkrankheiten
(Lungenfibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc, postoperativ etc.)

20 Respiratorische Schlafstörungen

30 Neuromuskuläre Erkrankungen

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

60 Andere Krankheiten
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

90 Andere: .....
.....

C) VERORDNUNG FÜR: (bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

❒ **Aerosol-Apparat**

❒ Spezialvernebler Antibiotika und Steroide
❒ Silikonmaske für Kleinkinder

Voraussichtliche Therapiedauer: max. 6 Monate ❒
> als 6 Monate ❒

Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag

❒ **Beatmungs-Inhalationsgerät** (IPPB)
Einsatz z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen, Skoliose, Tetraplegie, Pectus excavatum u.a.

❒ **Absauggerät für die Atemwege**

Behandlungsbeginn: .....

D) ZUSTÄNDIGE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

1 Verordnender Arzt: ..... Unterschrift .....
Datum der Verordnung: ..... + Stempel
inkl. Konkordats-Nr.:

2 Hausarzt: .....

E) Anordnung für Beratung und Betreuung (**gilt nur für Absauggeräte!**): ❒ **ja** (gültig für 1 Jahr) ❒ **nein**

(gemäss Vertrag LLS/Santésuisse vom 1. Januar 2000)
In 10 Monaten wird automatisch durch die Lungenliga eine Aufforderung zur Verlängerung der Anordnung versandt.

❒ **Erstverordnung** ❒ **Wiederholungsverordnung für E)**

AUSGEFÜLLTE VERORDNUNG
BITTE ZURÜCKSCHICKEN AN:

(Stempel der Lungenliga)