

VERORDNUNGSFORMULAR

CPAP - Therapie

- ☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungsverordnung



Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname :	_____	Geschlecht :	_____
Adresse :	_____	Geburtsdatum :	_____
PLZ / Ort :	_____	Kanton :	_____
Telefon / Natel :	_____	AHV-Nummer :	_____
Beruf :	_____	Krankheit/Unfall/IV :	_____
Krankenkasse :	_____	KK-Mitgliedsnr :	_____

B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen :)

20	Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	50	Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz.)
30	Neuromuskuläre Krankheiten	90	Andere

C) Untersuchungen

Diagnostik :	Index :	ohne CPAP	mit CPAP
☐ Oxymetrie	Anzahl Desaturationen / Stunde :	_____	_____
☐ Polygraphie / PSG	Apnoe-Hypopnoe Index:	_____	_____

D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als : _____ (Kauf nach frühestens 3 Monate möglich)

nCPAP ☐ konstant Modus / Druck : _____ CmH₂O

Modell : _____ ☐ selbstregulierend / Druck min. / max. _____ CmH₂O

Zubehör

Maske
☐ Nasen- ☐ Vollgesichts- ☐ Nasenpolster- Modell : _____ Grösse : _____

Befeuchter ☐ Ja ☐ Nein

☐ Anderes

E) Beratung und Betreuung

Beratung und Betreuung ☐ Ja (gültig für 1 Jahr) ☐ Nein
(Vorortkontrollen, Bericht an Arzt)

Nach 10 Monaten sendet SOS OXYGENE SA Ihnen das Verordnungsformular für die Erneuerung.

F) Verordnender Arzt

Verordnender Pneumologe Verordn. Zentrum für Schlafmedizin : _____	Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr
Datum der Verordnung : _____	
Behandlungsbeginn : _____	
Pneumologe für Nachkontrollen : _____	

Verordnung bitte senden an :

SOS OXYGENE SA, Galgenfeldweg 13E CH - 3006 Bern

Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 - e-mail: medicalsosoxygene@hin.ch