

VERORDNUNGSFORMULAR

Mechanischer In-/Exsufflator

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
Wiederholungsverordnung



A) Allgemeine Angaben ♦ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname _____ Geschlecht ☐ M ☐ F

Bei Kindern Name + Vorname gesetzliche/r Vertreter/in _____

Berufe der Eltern _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Kostenübernahme ☐ IV

PLZ / Ort _____ KK

Telefon / Handy _____ Krankenkasse _____

B) Hauptdiagnose ♦ bitte Code wählen _____

- | | |
|--|--|
| 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 | 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) Verordnung für ♦ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

14.03.10.00.2L Mechanischer In-/Exsufflator	Typ: Pegaso Cough Assist	
Oszillation ☐ Ja ☐ Nein	Typ: Travel Air	
Druck: _____ Frequenz : _____		

D) Beratung und Betreuung :

Beratung und Betreuung (Kontrolle vor Ort, Bericht an Arzt) ☐ Ja ☐ Nein

E) Zuständige Ärzte / Ärztinnen

Verordnender Arzt / Ärztin _____ Stempel / Unterschrift _____

Klinik / Praxis _____

E-Mail _____

Hausarzt _____

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