

# VERORDNUNGSFORMULAR

## Aerosolapparat & Absauggerät

- 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 : .....)

|   |   |
|---|---|
| <b>00 Obstruktive Lungenerkrankungen</b><br>01 chronische Bronchitis, Emphysem<br>02 Asthma | <b>40 Vaskulär bedingte Erkrankungen</b><br>(pulmonale Hypertension)                            |
| <b>10 Restriktive Lungenerkrankungen</b><br>(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, post-Tbc)    | <b>50 Kardiale Erkrankungen</b><br>(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)      |
| <b>20 Respiratorische Schlafstörungen</b><br>(OSA, CSA, gemischte Formen)                   | <b>60 Andere Lungenerkrankungen</b><br>(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie) |
| <b>30 Neuromuskuläre Erkrankungen</b>   | <b>90 Andere : _____</b>  |

### C) Verordnung für: (bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

| <input type="checkbox"/> <b>Aerosol-Apparat</b><br><input type="checkbox"/> Spezialvernebler Antibiotika und Steroide<br><input type="checkbox"/> Silikonmaske für Kleinkinder<br>Voraussichtliche Therapiedauer : < 6 Monate <input type="checkbox"/><br>> 6 Monate <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medikamente</th> <th>Dosierung</th> <th>Anzahl/Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Medikamente | Dosierung | Anzahl/Tag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-------------|-----------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |  | Medikamente | Dosierung | Anzahl/Tag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Beatmungs-Inhalationsgerät (IPPB)</b><br>Einsatz z. B. bei neuromuskulären Erkrankungen, Skoliose<br>Tetraplegie, Pectus excavatum u. a.  |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Absauggerät für die Atemwege</b><br>Behandlungsbeginn : _____   |  |             |           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### E) Beratung und Betreuung :

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

### D) Verordnender Arzt

Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr

Verordnender Arzt: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt : \_\_\_\_\_

Verordnung senden an :