

# Verordnungsformular CPAP-Therapie

Erstverordnung  Wiederholungs-Verordnung

Gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: .....	Geschlecht: .....
Adresse: .....	Geburtsdatum: .....
PLZ / Ort: ..... Kt.: .....	AHV-Nummer: .....
Telefon / Natel: .....	Invalidenversicherung: .....
Beruf: .....	KK-Mitglied-Nr.: .....
Krankenkasse: .....	Sektion: .....

## B) Hauptdiagnose

20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)  
30 Neuromuskuläre Krankheiten

Bitte Code wählen: .....

50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)  
90 Andere: .....

## C) Untersuchungen

Diagnostik:	Index:	ohne CPAP:	mit CPAP:
<input type="checkbox"/> Oxymetrie	<input type="checkbox"/> Anzahl Desaturationen/Stunde:	.....	.....
<input type="checkbox"/> Polygraphie / PSG	<input type="checkbox"/> Apnoe-Hypopnoe-Index:	.....	.....

## D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als: .....

(Kauf nach frühestens 12 Mt. möglich)

Systeme:

<input type="checkbox"/> nCPAP	Modell: .....	Druck: .....
<input type="checkbox"/> aCPAP	Modell: .....	Druck (min./max.): .....

Zubehör:

<input type="checkbox"/> Nasen-Maske	Modell: .....	Grösse: .....
<input type="checkbox"/> Vollgesichts-Maske	Modell: .....	Grösse: .....
<input type="checkbox"/> Kopfhalterung	Modell: .....	
<input type="checkbox"/> Befeuchter	Modell: .....	
<input type="checkbox"/> Anderes	.....	

## E) Anordnung für Erfolgsüberwachung, Beratung und Betreuung

Erfolgsüberwachung nach 2-3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein

(Aufbereiten Compliedaten, Bericht an Arzt)

Beratung und Betreuung  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein

(Maskentragekomfort mit evtl. Nachanpassung, Erfassen Nebenwirkungen, Motivation und Compliance)

## F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe / Stempel / Unterschrift: (inkl. Konkordatsnummer) .....

verordnendes Zentrum für Schlafmedizin: .....

Datum der Entlassung: .....

Datum der Verordnung: .....

Pneumologe für Nachkontrollen: .....

Verordnung senden an:

**PanGas AG**

Healthcare, Industriepark 10, CH-6252 Dagmersellen, Telefon 0844 800 300, Fax 0844 800 301, www.pangas-healthcare.ch