

Verordnungsformular HFHT-Therapie

Erstverordnung Wiederholungs-Verordnung

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

	Index:	ohne HFHT:	mit HFHT:
Diagnostik:			
<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:

Systeme:
 myAIRVO Flow:

Zubehör:

<input type="checkbox"/> Nasen-Brille	Anzahl:	Grösse:
<input type="checkbox"/> Schlauch		
<input type="checkbox"/> Desinfektionskit		

E) Anordnung für Erfolgsüberwachung, Beratung und Betreuung

Erfolgsüberwachung nach 2–3 Monaten Ja (gültig für 1 Jahr) Nein
 (Aufbereiten Compliedaten, Bericht an Arzt)
 Beratung und Betreuung Ja (gültig für 1 Jahr) Nein
 (Tragekomfort mit evtl. Nachanpassung, Erfassen Nebenwirkungen, Motivation und Compliance)

F) Verordnender Arzt

Verordnender Arzt/
 verordnendes Zentrum für Schlafmedizin: Stempel / Unterschrift: (inkl. Konkordats- und ZSR-Nummer)

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