

**A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)**

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

**B) Hauptdiagnose** (bitte Code wählen)

20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, karidale Missbildung, Herzinsuffizienz)
30 Neuromuskuläre Erkrankungen	90 <b>Andere:</b>

**C) Untersuchungen**

<u>Diagnostik:</u>	<u>Index:</u>	<u>ohne PAP</u>	<u>mit PAP</u>
<input type="checkbox"/> Oxymetrie	Entsättigungs-Index:	.....	.....
<input type="checkbox"/> Polygraphie / PSG	Apnoe-Hypopnoe-Index:	.....	.....

**D) Verordnung Gerät und Zubehör**

Leistung wird erwünscht als: ..... (Kauf nach frühestens 12 Monaten möglich, siehe Merkblatt)  
 (Miete oder Kauf)

Systeme:

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

Zubehör:

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

**E) Anordnung Erfolgsüberwachung, Beratung & Betreuung**

Erfolgsüberwachung nach 2-3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr (gültig für 1 Jahr)  Ja  
 (Aufbereiten Compiancedaten, Bericht an Arzt)

Beratung & Betreuung (gültig für 1 Jahr)  Ja  
 (Maskentragcomfort allenfalls Nachanpassungen, Erfassen Nebenwirkungen, Motivation Compliance)

**F) Verordnender Pneumologe**

Verordnender Pneumologe / verordn. Zentrum für Schlafmedizin .....	Stempel / Unterschrift: (inkl. Konkordatsnummer)
Datum Entlassung: .....	
Datum Verordnung: .....	
Pneumologe für Nachkontrollen: .....	

Verordnung senden an:

