

- Erstverordnung**
 Wiederholungs-Verordnung

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

A) Allgemeine Angaben ▶ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname	_____	Geschlecht	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Adresse	_____	Geburtsdatum	_____			
PLZ / Ort	_____	Kostenübernahme	IV	<input type="checkbox"/>	KK	<input type="checkbox"/>
Telefon / Handy	_____	Krankenkasse	_____			
E-Mail	_____					

B) Hauptdiagnose

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 20 Respiratorische Schlafstörungen
(OSA, CSA, gemischte Formen) | <input type="checkbox"/> 50 Kardiale Erkrankungen
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz) |
| <input type="checkbox"/> 30 Neuromuskuläre Erkrankungen | <input type="checkbox"/> 90 Andere: _____ |

C) Untersuchungen

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

D) Verordnung für ▶ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

- 14.11.02.00.2L** aCPAP-Gerät mit Druckausgleich inkl. Befeuchtungssystem **Druck (min./max.)** _____
- 14.11.02.00.2L** nCPAP-Gerät mit Druckausgleich inkl. Befeuchtungssystem
- Zubehör:**
- Nasal-Maske
- Vollgesichts-Maske

E) Anordnung für Beratung und Betreuung

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

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung	_____	Stempel / Unterschrift
Verordnender Arzt/Ärztin	_____	
E-Mail	_____	

V1.13

Verordnung senden an:

E-Mail: office@hcmcd.ch, hcmcd@hin.ch oder **Fax 031 722 40 49**
HomeCare-Medical GmbH, Strassacherweg 15, 3110 Münsingen, Telefon 031 722 40 40