

# Musterverordnung CPAP-Therapie

## MiGeL-Limitationen

Die Verordnung der CPAP-Therapie ist nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie sowie durch SSSSC zertifizierte Zentren für Schlafmedizin (SSSSC = Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology) möglich.

## Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Verordnungsformulars die Richtlinien der SGP für die Diagnose und Betreuung von Personen mit OSAS. Diese regeln die Indikationen, die Verschreibungspraxis und das Follow-up.

Richtlinien: [www.pneumo.ch/fachpersonen.html](http://www.pneumo.ch/fachpersonen.html)

### VERORDNUNGSFORMULAR CPAP-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

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

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kanton _____
Telefon/Mobil _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherungs-Nr. _____

**B) Hauptdiagnose Code**

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

**C) Untersuchungen**

<b>Diagnostik:</b> <input type="checkbox"/> Oxymetrie <input type="checkbox"/> Polygraphie/PSG	<b>Index:</b> Anzahl Desaturationen/Stunde: _____ Apnoe-Hypopnoe-Index: _____	<b>Ohne CPAP:</b> _____	<b>Mit CPAP:</b> _____
--	---	-------------------------	------------------------

**D) Verordnung Gerät und Zubehör**

Leistung wird gewünscht als:  Miete  Kauf (Kauf frühestens nach 12 Monaten möglich)

**Systeme:** \_\_\_\_\_ **Rampe:** \_\_\_\_\_

Druck (min./max.): \_\_\_\_\_ **Ausatemhilfe:** \_\_\_\_\_

**Zubehör**

<input type="checkbox"/> Nasen-Maske <input type="checkbox"/> Vollgesichts-Maske	Modell _____ Modell _____	Grösse _____ Grösse _____
---	------------------------------	------------------------------

**E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause**  Ja  Nein  
(gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH/Versicherer)

Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	<b>Erstes Jahr:</b> 140 Minuten	<b>Folgejahr:</b> 80 Minuten
--	------------------------------------	---------------------------------

**F) Verordnender Pneumologe**

<b>Verordnender Pneumologe/ verordnendes Zentrum für Schlafmedizin</b> Datum Behandlungsbeginn _____ Datum der Verordnung _____ <b>Nachkontrolle geplant am:</b> _____	Tel.-Nr. verordnenden Arzt _____ Stempel/Unterschrift <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---

**Verordnung senden an** Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen  
Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: [beratung@lunge-zuerich.ch](mailto:beratung@lunge-zuerich.ch)

Auswahl ob Erst- oder Wiederholungs-  
verordnung

A), B), C) und D) vollständig ausfüllen.

E) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant  
oder zu Hause»: Ja, zur Adhärenzüberprü-  
fung und Beratung im Zusammenhang mit  
Therapie und Krankheit durch LUNGE ZÜ-  
RICH.

F) vollständig ausfüllen.

Download: [www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare](http://www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare)