

# VERORDNUNGSFORMULAR

## CPAP - Therapie

- Erstverordnung  
 Wiederholungs - Verordnung



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

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ AHV-Nummer: \_\_\_\_\_  
Telefon/Natel: \_\_\_\_\_ Invalidenversicherung: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ KK- Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sektion: \_\_\_\_\_

### B) Hauptdiagnose BITTE CODE WÄHLEN : \_\_\_\_\_

20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen) 50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)  
30 Neuromuskuläre Krankheiten 90 Andere :

### C) Untersuchungen

Diagnostik Index: ohne CPAP mit CPAP  
 Oxymetrie Anzahl Desaturationen/Stunde: \_\_\_\_\_  
 Polygraphie / PSG Apnoe-Hypopnoe-Index: \_\_\_\_\_

### D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als : \_\_\_\_\_ (Kauf nach frühestens 12 Mt. möglich)

#### Systeme :

nCPAP Modell: \_\_\_\_\_ Druck: \_\_\_\_\_  
 aCPAP Modell: \_\_\_\_\_ Druck max. /min. : \_\_\_\_\_

#### Zubehör :

Nasen - Maske Modell: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
 Vollgesichts-Maske Modell: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_  
 Kopfhalterung Modell: \_\_\_\_\_  
 Befeuchter Modell: \_\_\_\_\_  
 Andere : \_\_\_\_\_

### E) Anordnung für Erfolgsüberwachung, Beratung und Betreuung

Erfolgsüberwachung nach 2-3 Monaten bzw. ab dem 2. Jahr  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein  
(Aufbereiten Compiancedaten, 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 Lungenfacharzt  
Verordnendes Zentrum für Schlafmedizin: \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift  
(inkl. Konkordatsnummer):

Datum der Entlassung: \_\_\_\_\_

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

Lungenfacharzt für Nachkontrollen : \_\_\_\_\_

Verordnung senden an:

SOS OXYGENE (Suisse) SA

Agentur Bern – Galgenfeldweg 13e

CH-3006 BERN

Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 – bern@sosoxygene.ch

