

VERORDNUNGSFORMULAR Aerosolapparat & Absauggerät

- Erstverordnung
 Wiederholungsverordnung



Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft Pneumologie (SGP)

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Name / Vorname : _____ | Geschlecht : _____ |
| Adresse : _____ | Geburtsdatum: _____ |
| PLZ / Ort: _____ | Kanton : _____ |
| Telefon / Natel: _____ | AHV-Nummer : _____ |
| Beruf : _____ | Krankheit/Unfall/IV: _____ |
| Krankenkasse: _____ | KK-Mitgliedsnr : _____ |

B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen :)

- | | |
|--|--|
| 00 Obstruktive Lungenerkrankungen 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma | 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension) |
| 10 Restriktive Lungenerkrankungen (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, post-Tbc) | 50 Kardiale Erkrankungen (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz) |
| 20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen) | 60 Andere Lungenerkrankungen (Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie) |
| 30 Neuromuskuläre Erkrankungen | 90 Andere : _____ |

C) Verordnung für: (bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

| <input type="checkbox"/> Aerosol-Apparat <input type="checkbox"/> Spezialvernebler Antibiotika und Steroide <input type="checkbox"/> Silikonmaske für Kleinkinder Voraussichtliche Therapiedauer : < 6 Monate <input type="checkbox"/> > 6 Monate <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medikamente</th> <th>Dosierung</th> <th>Anzahl/Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Medikamente | Dosierung | Anzahl/Tag | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|-----------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | Medikamente | Dosierung | Anzahl/Tag | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Beatmungs-Inhalationsgerät (IPPB) Einsatz z. B. bei neuromuskulären Erkrankungen, Skoliose Tetraplegie, Pectus excavatum u. a. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Absauggerät für die Atemwege Behandlungsbeginn : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E) Beratung und Betreuung :

Beratung und Betreuung Ja Nein
(Kontrolle vor Ort, Bericht an Arzt)

D) Verordnender Arzt

Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr

Verordnender Arzt: _____

Datum der Verordnung: _____

Hausarzt : _____

Verordnung bitte senden an :

SOS OXYGENE SA, Galgenfeldweg 13E CH – 3006 Bern Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 - e-mail: medicalsosoxygene@hin.ch