

VERORDNUNGSFORMULAR

Mechanischer In-/ Exsufflator

Erstverordnung
Wiederholungsverordnung



Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

A) Allgemeine Angaben ▶ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname _____ Geschlecht M F

Bei Kindern Name + Vorname gesetzliche/r Vertreter/in _____

Berufe der Eltern _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Kostenübernahme IV

PLZ / Ort _____ KK

Telefon / Handy _____ Krankenkasse _____

B) Hauptdiagnose ▶ bitte Code wählen _____

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

C) Verordnung für ▶ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

14.03.10.00.2L Mechanischer In-/Exsufflator	Typ:	Pegaso Cough Assist
Oszillation Ja Nein	Typ:	Travel Air
Druck: _____	Frequenz: _____	

D) Beratung und Betreuung :

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

E) Zuständige Ärzte / Ärztinnen

Verordnender Arzt / Ärztin _____ Stempel / Unterschrift _____

Klinik / Praxis _____

E-Mail _____

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