

# VERORDNUNGSFORMULAR

## CPAP - Therapie

- 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 : .....)

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

### C) Untersuchungen

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

### D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als : \_\_\_\_\_ (Kauf nach frühestens 3 Monate möglich)

nCPAP  konstant Modus / Druck : \_\_\_\_\_ CmH2O

Modell : \_\_\_\_\_  selbstregulierend / Druck min. / max. \_\_\_\_\_ CmH2O

#### Zubehör

Maske  
 Nasen-  Vollgesichts-  Nasenpolster- Modell : \_\_\_\_\_ Grösse : \_\_\_\_\_  
Befeuchter  Ja  Nein  
 Anderes

### E) Beratung und Betreuung

Beratung und Betreuung  Ja (gültig für 1 Jahr)  Nein  
(Vorortkontrollen, Bericht an Arzt)

Nach 10 Monaten sendet SOS OXYGENE SA Ihnen das Verordnungsformular für die Erneuerung.

### F) Verordnender Arzt

Verordnender Pneumologe Verordn. Zentrum für Schlafmedizin : _____	Unterschrift + Stempel mit ZSR-Nr
Datum der Verordnung : _____	
Behandlungsbeginn : _____	
Pneumologe für Nachkontrollen : _____	

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](mailto:medicalsosoxygene@hin.ch)