

# VERORDNUNGSFORMULAR Aerosol-Apparat & Absauggerät

- Erstverordnung  
 Wiederholungs-Verordnung

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

## A) Allgemeine Angaben ▶ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname Patient _____	Geschlecht	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Name / Vorname Mutter _____	Geburtsdatum	_____			
Name / Vorname Vater _____	Kostenübernahme	IV	<input type="checkbox"/>	KK	<input type="checkbox"/>
Adresse _____	Krankenkasse	_____			
PLZ / Ort _____					
Telefon / Handy _____	Tracheostoma	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
E-Mail _____					

## B) Hauptdiagnose

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

## C) Verordnung für ▶ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

- 14.01.01.00.2L Aerosol-Apparat inklusive Vernebler**
- Aerosol-Apparat mit Mesh-Technologie**
- 01.02.02.00.2L Absauggerät für die Atemwege**      Typ:
- Absaugkatheter CH \_\_\_\_\_

## D) Lieferung und Instruktion ▶ Wichtig: Bestellung muss mindestens 24h vor Lieferung erfolgen!

Austrittsdatum: \_\_\_\_\_

- Keine Instruktion, Gerät ans Spital senden**

Lieferadresse: \_\_\_\_\_

## E) Verordnender Arzt / Ärztin

Datum der Verordnung _____	Stempel / Unterschrift _____
Verordnender Arzt / Ärztin _____	
E-Mail _____	

V02.14

Verordnung senden an:

**E-Mail:** [office@hcmcd.ch](mailto:office@hcmcd.ch), [hcmcd@hin.ch](mailto:hcmcd@hin.ch) oder **Fax 031 722 40 49**

HomeCare-Medical GmbH, Strassacherweg 15, 3110 Münsingen, Telefon 031 722 40 40