

VERORDNUNGSFORMULAR

Aerosolapparat & Absauggerät

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung ☐
Wiederholungs-VO ☐

MiGel ☒



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	«PatientName» «PatientVorname»	Geschlecht	«PatientGeschlecht»
Adresse	«PatientAdresse»	Geburtsdatum	«PatientGeb»
PLZ/Ort	«PatientPlz» «PatientOrt»	Kanton	«PatientKt»
Telefon/Mobil	«PatientTel» / «PatientMobil»	Sozialversicherungs-Nr.	«SozVersNr»
Beruf		Krankheit/Unfall/IV	«Caseid»
Versicherer	«Versicherer»	Versicherten-Nr.	«VersNr»

B) Hauptdiagnose Code

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

C) Verordnung für (bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

☐ Aerosol-Apparat	Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag
☐ Spezialvernebler Antibiotika und Steroide			
☐ Silikonmaske für Kleinkinder			
☐ Absauggerät für die Atemwege			
Behandlungsbeginn _____			

D) Verordnung Beratung ambulant

☐ Ja ☐ Nein

E) Verordnende/r Ärztin/Arzt

Verordnende/r Ärztin/Arzt	«VOarztName» «VOarztVorname» «VOarztZusatzzeile»	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung	_____	
Hausarzt/Hausärztin	«PatientHausarzt»	

Verordnung senden an Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
Tel: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch