

### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

**Name/Vorname** «PatientName» «PatientVorname»  
**Adresse** «PatientAdresse»  
**PLZ/Ort** «PatientPlz» «PatientOrt»  
**Telefon/Mobil** «PatientTel» / «PatientMobil»  
**Beruf**  
**Versicherer** «Versicherer»

**Geschlecht** «PatientGeschlecht»  
**Geburtsdatum** «PatientGeb»  
**Kanton** «PatientKt»  
**Sozialversicherungs-Nr.** «SozVersNr»  
**Krankheit/Unfall/IV** «Caseid»  
**Versicherungs-Nr.** «VersNr»

### B) Hauptdiagnose Code: «VOHauptDiagnose»

**20 Respiratorische Schlafstörungen**  
(OSA, CSA, gemischte Formen)  
**30 Neuromuskuläre Krankheiten**

**50 Kardiale Krankheiten**  
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)  
**90 Andere**

### C) Untersuchungen

**Diagnostik:**

- ☐ Oxymetrie  
☐ Polygraphie/PSG

**Index:**

Anzahl Desaturationen/Stunde:  
Apnoe-Hypopnoe-Index:

**Ohne CPAP:**

«therapieerfol  
g\_ahi-  
beginn»

**Mit CPAP:**

«therapieerfol  
g\_ahi-aktuell»

### D) Verordnung Gerät und Zubehör

Leistung wird gewünscht als: «Produkte-Geraet-MV»

(Kauf frühestens nach 12 Monaten möglich)

**Systeme:** «Geraet-Bezeichnung»

Rampe:

Druck (min./max.): «einstellungen\_druck-min» /  
«einstellungen\_druck-max-oder-fix»

Ausatemhilfe:

**Maske**

### E) Verordnung Beratung ambulant

☐ Ja

☐ Nein

### F) Verordnende/r Pneumologin/Pneumologe

**Verordnende/r Pneumologin/  
Pneumologe verordnendes  
Zentrum für Schlafmedizin**

Datum Behandlungsbeginn «Therapiestart»

Datum der Verordnung «Wiederholungsdatum»

Tel-Nr. verordnender Ärztin/Arzt

**Stempel/Unterschrift**

**ZSR-Nummer:** «VOZsr»

**Verordnung senden an**

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