

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Geschlecht	_____
Adresse	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	Sozialversicherungs-Nr.	_____
Telefon	_____	Krankheit/Unfall/IV	_____
Versicherer	_____	Versicherten-Nr.	_____
Kontaktperson	_____	Kontaktperson Telefon	_____

B) Hauptdiagnose

- ☐ Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)

C) Untersuchungen

Diagnostik	Wert
☐ Polygraphie/PSG	
☐ Apnoe Hypopnoe-Index:	_____
☐ Epworth Sleepness Scala (ESS)	_____
☐ weitere Symptome (Tagesmüdigkeit o.ä.)	_____ _____

D) Verordnung Gerät

Systeme	
☐ Narval ResMed	☐ Kauf
☐ SomnoSwiss®	_____
☐ andere	

E) Verordnende/r Ärztin/Arzt

Verordnende/r Ärztin/Arzt	_____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Telefon verordnende/r Ärztin/Arzt	_____	
Datum der Verordnung	_____	
Datum Behandlungsbeginn	_____	

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