

# Musterverordnung Nr. 1 Aerosolapparat und Absauggerät

## MiGeL-Limitationen

**Aerosolapparat:** Aerosolapparate können nur gekauft werden, eine Gerätemiete ist nicht möglich. Die Kosten übernimmt die Krankenkasse alle fünf Jahre.

**Absauggerät:** Der Gerätekauf erfolgt über die Krankenkasse. Bei kurzdauernden Therapien, unter sechs Monaten, ist auch eine Miete bis max. sechs Monate möglich.

## Abgabe von Inhalationsgeräten

Die Erstabgabe und Instruktion ist in allen Beratungsstellen der Lungenliga St.Gallen–Appenzell möglich. Sie dauert ungefähr eine halbe Stunde. Eine Voranmeldung ist zwingend nötig.

Bitte senden Sie uns die Verordnung vorgängig per E-Mail zu. Anschliessend setzen wir uns mit der Patientin oder dem Patienten in Verbindung.

**VERORDNUNGSFORMULAR**  
**Aerosolapparat & Absauggerät**

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

**a**

Erstverordnung   
WiederholungsV   
(von Liga auszufüllen)  
MiGeL  KLV 7

1

**LUNGENLIGA**  
**LIGUE PULMONAIRE**  
**LEGA POLMONARE**

---

**b** **A) Allgemeine Angaben** (bitte vollständig ausfüllen)

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

---

**b** **B) Hauptdiagnose**

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

---

**c** **C) Verordnung für** (bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

<p><input type="checkbox"/> <b>Aerosol-Apparat</b></p> <p>Voraussichtliche Therapiedauer: <input type="checkbox"/> ≤ 90 Tage <input type="checkbox"/> &gt; 90 Tage</p> <p><input type="checkbox"/> Spezialvernebler Antibiotika und Steroide</p> <p><input type="checkbox"/> Silikonmaske für Kleinkinder</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Absauggerät für die Atemwege</b></p> <p>Behandlungsbeginn _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Medikamente</th> <th style="width: 33%;">Dosierung</th> <th style="width: 33%;">Anzahl/Tag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag																		
Medikamente	Dosierung	Anzahl/Tag																				

---

**e** **D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause**  Ja  Nein  
(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2019)

<p>Richtwert in Minuten</p> <p>(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.</p> <p>(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.</p> <p>(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten</td> <td style="text-align: center;">Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten</td> <td style="text-align: center;">Absaugen Folgejahr: 90 Minuten</td> </tr> </table>	Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten	Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten	Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten	Absaugen Folgejahr: 90 Minuten	
Inhalationstherapie erstes Jahr: 120 Minuten	Inhalationstherapie Folgejahr: 60 Minuten					
Absaugen erstes Jahr: 180 Minuten	Absaugen Folgejahr: 90 Minuten					

---

**f** **E) Verordnender Arzt/Ärztin**

Verordnender Arzt/Ärztin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">Bilddatei auswählen</p>
Hausarzt _____	

Verordnung senden an **SG** Lungenliga St.Gallen–Appenzell, Kolumbanstrasse 2, 9008 St.Gallen. Tel. 071 228 47 47, info@lungenliga-sg.ch

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Wiederholungsverordnung. MiGeL und KLV 7 wird durch die Lungenliga ausgefüllt.
- b** Bitte füllen Sie die Punkte A) und B) vollständig aus.
- c** **Aerosolapparat:** Bitte über 90 Tage ankreuzen. Notieren Sie auch das Inhalativa und die Dosierung. Die Betroffenen benötigen ein Rezept, Medikamente können nicht bei der LLSG–A bezogen werden.
- d** **Absauggerät:** Bitte notieren Sie hier, falls es sich um eine kurzdauernde Therapie, unter sechs Monate, handelt. Wenn nichts notiert wird, erfolgt ein Gerätekauf. Dieser wird, wie auch die Miete, direkt über die Krankenkasse abgerechnet.
- e** Kreuzen Sie bitte «Ja» an, damit die Lungenliga ihre Beratungsleistungen verrechnen kann.
- f** Bitte vollständig ausfüllen, inklusive Unterschrift, Stempel und der ZSR-Nummer. Die Verordnung wird sonst von der Krankenkasse nicht anerkannt.

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter [www.lungenliga-sg.ch](http://www.lungenliga-sg.ch). Oder einfach QR-Code abschnappen, downloaden und ausfüllen.

