

VERORDNUNGSFORMULAR - STMedical

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)	
Name / Vorname: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bei Kindern Name und Vorname ges. Vertreter/in: _____	
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ / Ort: _____ Kt: _____	AHV-Nummer: _____
Telefon: _____	Invalidenversicherung: _____
Beruf: _____	KK-Mitglied-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Sektion: _____

B) Hauptdiagnose / Indikation	
<input type="checkbox"/> Obstruktive Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Cystische Fibrose
<input type="checkbox"/> Restriktive Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Krankheiten
<input type="checkbox"/> Andere Lungenkrankheiten: _____	<input type="checkbox"/> Andere: _____
Atemtherapiegerät zur Verbesserung	
<input type="checkbox"/> Lungenfunktion	
<input type="checkbox"/> Körperliche Leistungsfähigkeit	
<input type="checkbox"/> Sekretmobilisation	

C) Untersuchungen Instruktion	
Vitalkapazität (VK): _____ L	Atemgrenzwert (MVV): _____ L/min (optional)

D) Verordnung Gerät und Zubehör	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.1	Kauf STMedical inkl. Atmungsbeutel und Mundstück (max. 1 Gerät alle 5 Jahre) Verschreibung durch Fachärzte Pneumologie, Bewilligung durch Vertrauensarzt
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.2	Miete STMedical für 3 Monate (gemäss Höchstvergütungsbetrag)
<input type="checkbox"/> 14.03.11.01.3	Atmungsbeutel (1 mal pro Jahr) Beutelvolumen = 50% der Vitalkapazität (VK) in Liter <input type="checkbox"/> 0.5L <input type="checkbox"/> 1.0L <input type="checkbox"/> 1.5L <input type="checkbox"/> 2.0L <input type="checkbox"/> 2.3L <input type="checkbox"/> 3.0L
<input type="checkbox"/> 14.03.11.02.3	Mundstück (1 mal pro Jahr)

E) Verordnung Beratung und Betreuung	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.03.3	Schulung (Erstinstruktion) zum Atemtherapiegerät durch _____

F) Verordnung weiterer Behandlungen	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

G) Verordnender Arzt / Ärztin	
Verordnender Arzt / Ärztin _____	Stempel / Unterschrift (inkl. Konkordatsnummer)
Klinik / Praxis _____	
Datum der Verordnung _____	
Hausarzt _____	

**Die persönlichen Patientendaten werden nur für den Zweck der Krankenkassenverordnung weitergegeben.
Der Patient ist über die Weitergabe der Daten informiert und einverstanden.**

Kopie der Verordnung an:

Abgabestelle: _____

Instruierende Stelle: _____

Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)

Die gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Mitteln und Gegenständen als Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung stellt das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) dar. Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden die in der MiGeL aufgeführten Mittel und Gegenstände bis zu dem in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbetrag vergütet, sofern diese (u.a.) der Produktbeschreibung der MiGeL-Position entsprechen, auf dem Schweizer Markt zugelassen sind und von einem Arzt verordnet sind.

Das Atemtherapiegerät STMedical finden Sie auf der MiGeL unter folgenden Positionen:

14.03.11.00.1	L	Atemtherapiegerät mit kontrollierter CO ₂ -Rückatmung zur Verbesserung der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Sekretmobilisation. Limitation: Maximal 1 Gerät alle fünf Jahre Verschreibung nur durch Fachärzte für Pneumologie. Der Kauf muss durch einen Vertrauensarzt bewilligt werden. Bei vorgängiger Miete wird die bis dahin bezahlte Miete auf den Kaufpreis angerechnet.	1 Stück	1'680.00	01.01.2012
14.03.11.00.2	L	Atemtherapiegerät mit kontrollierter CO ₂ -Rückatmung zur Verbesserung der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Sekretmobilisation. Limitation: Miete maximal 3 Monate	Miete / Tag	4.10	01.01.2012
14.03.11.01.3	L	Atmungsbeutel Limitation: 1 mal pro Jahr	1 Stück	75.00	15.07.2015 C
14.03.11.02.3	L	Mundstück Limitation: 1 mal pro Jahr	1 Stück	12.00	15.07.2015 C
14.03.11.03.3		Schulung (Erstinstruktion) zum Atemtherapiegerät	Pauschale	200.00	15.07.2015 C