



## Verordnungsformular Nicht invasive und invasive Heimventilation

KPT, Postfach, CH-3001 Bern  
kpt.ch

Erstverordnung	Wiederholungs-Verordnung	MiGeL	KLV7
<b>Patient</b> (bitte vollständig ausfüllen)			
Name/Vorname	_____	Sprache	D      F      I
Strasse	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	Invalidenversicherung	Ja      Nein
Telefon	_____	ID-Nummer	_____
Mobile	_____	Policen-Nr.	_____
E-Mail	_____	Krankenversicherer	_____
Gesuch	Erstgerät/Erstversorgung	Zweitgerät	
Gerätewechsel	Alter >5 Jahre	Defekt	
<b>Diagnose</b>	<b>Hauptdiagnose Code</b>	<b>Zusatzdiagnose Code</b>	
<b>10 Neuropathien</b>	23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien	<b>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</b>	63 Zystische Fibrose
11 Hohe Querschnittsläsion	<b>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b>	41 kongenital	<b>70 Zentrale Schlaf-Apnoe-Syndrom</b>
12 Amyotrophe Lateralsklerose	31 Kyphoskoliosen	42 late onset	71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
13 Bilaterale Zwerchfellähmung	32 Narbige Pleuraveränderungen	<b>50 Adipositas-Hypoventilations-syndrom</b>	72 Cheyne-Stoke-Atmung
14 Post-Polio-Syndrom	33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen	<b>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten</b>	99 unklar/andere
15 Spinale Amyotrophien	34 Posttraumatische Veränderungen	61 fortgeschrittene stabile COPD	_____
<b>20 Myopathien</b>	gen	62 Bronchiektasen	_____
21 M.Duchenne			
22 Myotonische Dystrophie			
<b>Angaben zur Heimventilation</b>		nicht invasiv	invasiv
<b>Beatmungsdauer</b>	nachts verordnete Anzahl Std		16h ununterbrochen
	nachts und partiell tagsüber Anzahl Std.		Behandlungsbeginn
<b>Gerät:</b> Marke, Modell	_____		Serien-Nr.
MiGeL-Position	_____		
Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)	_____		
<b>Befeuchter/Zubehör</b>	integriert      separat		Maske
Marke/Modell	_____		Grösse
<b>Lieferant</b>	_____		
<b>Diverses</b>	ext. Batterie      Gerätekofter      Halterung		Kinnband      O2-Adapter
	Kopfhaube      Fernalarmkabel      Ständer		klimatisiertes Schlauchsystem
<b>Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung</b> (optional)			Ja (siehe Seite 2)
<b>Verordnung Beratung/Pflege, ambulant oder zu Hause</b>			Ja      Nein
<b>Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin</b> (durch Arzt auszufüllen)			
Zuständiger Arzt/Ärztin	_____		
Verordnender Arzt/Ärztin	_____	Datum der Verordnung	_____
Hausarzt	_____		
Pneumologe für Nachkontrollen	_____		
Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	_____		
Bitte senden Sie dieses Formular an	KPT, Postfach, 3001 Bern		