

# VERORDNUNGSFORMULAR

## Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

Erstverordnung   
 WiederholungsV   
 (von Liga auszufüllen)  
 MiGel  KLV 7

# 5



### A) Patient (bitte vollständig ausfüllen) Sprache DE FR IT

Name/Vorname _____	Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____	Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
PLZ/Ort _____	ID-Nummer _____
Telefon _____	Versicherungs-Nr. _____
Natel _____	Krankenversicherer _____
<hr/>	
Gesuch <input type="checkbox"/> Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel
<input type="checkbox"/> Zweitgerät	Gerät <input type="checkbox"/> Alter > 5 Jahre <input type="checkbox"/> Defekt

### B) Diagnose Hauptdiagnose Code: Zusatzdiagnose Code:

<b>10 Neuropathien</b> 11 Hohe Querschnittsläsion 12 Amyotrophe Lateralsklerose 13 Bilaterale Zwerchfellähmung 14 Post-Polio-Syndrom 15 Spinale Amyotrophien <b>20 Myopathien</b> 21 M. Duchenne	22 Myotonische Dystrophie 23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien <b>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b> 31 Kyphoskoliosen 32 Narbige Pleuraveränderungen 33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen	34 Posttraumatische Veränderungen <b>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</b> 41 kongenital 42 late onset <b>50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom</b> <b>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten</b> 61 fortgeschrittene stabile COPD	62 Bronchiektasen 63 Zystische Fibrose <b>70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom</b> 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom 72 Cheyne-Stoke-Atmung <b>99 unklar/andere</b> _____
---	--	--	---

### C) Angaben zur Heimventilation nicht invasiv invasiv

Beatmungsdauer  nachts verordnete Anzahl Std. \_\_\_\_\_  24h ununterbrochen

nachts und partiell tagsüber Anzahl Std. \_\_\_\_\_  Behandlungsbeginn \_\_\_\_\_

Gerät: Marke, Modell \_\_\_\_\_ Serien-Nr. \_\_\_\_\_

MiGeL-Position \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn (Spitalentlassung) \_\_\_\_\_

Befeuchter/Zubehör  integriert  separat Maske \_\_\_\_\_

Marke, Modell \_\_\_\_\_ Grösse \_\_\_\_\_

Lieferant \_\_\_\_\_

Diverses  ext. Batterie  Fernalarmkabel  Gerätekofter  Halterung  Kinnband

Kopfhabe  O<sub>2</sub>-Adapter  Ständer  klimatisiertes Schlauchsystem

Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional)  ja (siehe Seite 2)

### D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	<b>Atemstörung im Schlaf</b> Erstes Jahr: 200 Minuten Folgejahre: 120 Minuten	<b>Ventilatorische Insuffizienz</b> Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten
--	---	--

### E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Zuständiger Arzt/Ärztin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Verordnender Arzt/Ärztin _____	
Datum der Verordnung _____	
Hausarzt _____	
Pneumologe für Nachkontrollen _____	

Verordnung senden an \_\_\_\_\_