

## Mechanische Heimventilation

# Musterverordnung Mechanische Heimventilation Nicht-SVK

### MiGeL-Limitationen

Die Verordnung der mechanischen Heimventilation ist Fachärzten für Pneumologie vorbehalten.

### Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Der genaue Gesuchsablauf für die Verordnung der mechanischen Heimventilation ist auf [www.pneumo.ch](http://www.pneumo.ch) abrufbar.

Drucken

**VERORDNUNGSFORMULAR**  
Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherte.

Erstverordnung   
WiederholungsV   
(von Liga auszufüllen)  
MiGeL  KLV 7

**5 LUNGE ZÜRICH**  
Hilft. Informiert. Wirkt.

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

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Invalidenversicherung  Ja  Nein

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ ID-Nummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_ Krankenversicherer \_\_\_\_\_

Gesuch  Erstgerät/Erstverordnung  Zweitgerät

Gerätewechsel  Alter > 5 Jahre  Defekt

**B) Diagnose** **Hauptdiagnose Code:** \_\_\_\_\_ **Zusatzdiagnose Code:** \_\_\_\_\_

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

**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  Geräteköffer  Halterung  Kinnband  
 Kopphaube  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 \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Pneumologe für Nachkontrollen \_\_\_\_\_

Verordnung senden an **ZH** Verein Lunge Zürich, Pfingstweidstrasse 10, 8005 Zürich  
Tel: 0800 07 08 09, Fax: 044 268 20 20, Mail: [beratung@lunge-zuerich.ch](mailto:beratung@lunge-zuerich.ch)

B) Diagnose gemäss Codeliste unbedingt angeben.

C) Zusatzinformationen auf der zweiten Seite ergänzen.

D) Verordnung «Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause» (Ja oder Nein) hier ankreuzen.

- Im Standardfall sind die Richtwerte des Pflegebedarfs fix hinterlegt.
- Die ärztliche Verordnung für die Beratung wird für sechs Monate erstellt und verlängert sich anschliessend automatisch um weitere sechs Monate.

## Mechanische Heimventilation


# Verordnung Mechanische Heimventilation SVK

### MiGeL-Limitationen

Die Verordnung der mechanischen Heimventilation ist Fachärzten für Pneumologie vorbehalten.

### Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Der genaue Gesuchsablauf für die Verordnung der mechanischen Heimventilation ist auf [www.pneumo.ch](http://www.pneumo.ch) abrufbar.



Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer  
Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-malades  
Federazione Svizzera per compiti comuni dei assicuratori malatti

SVK  
Abteilung VENT  
Postfach  
Mattenstrasse 3  
4502 Solothurn

**SVK 5**  
Nicht invasive und invasive Heimventilation  
Gesuch und Bestellung  
Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

---

**Gesuch**

Korrespondenz E-Mail Adresse

Benachrichtigungen und Informationen zur Verarbeitung dieses Online-Formulars, werden über diese E-Mail Adresse erfolgen.

**Gesuch**

Erstgerät/Erstverordnung  Zweitgerät  Gerätewechsel

Alter > 5 Jahre  Defekt

**Bitte um Nachlieferung eines Konsignationsgerätes durch den Lieferanten**

Ja  Nein

SVK, Abteilung VBL (VENT), Mattenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn, Tel.: 032 626 57 47, Fax: 032 626 57 57, [vent@svk.org](mailto:vent@svk.org), [www.svk.org](http://www.svk.org) Seite 1 von 5

### SVK-Krankenversicherer

Das Verordnungsformular für die SVK-Krankenversicherer ist nur online verfügbar.

🌐 Online-Formular SVK:  
[www.svk.org/kostengutspracheformulare](http://www.svk.org/kostengutspracheformulare)

Eine Liste der SVK-Mitglieder kann auf Anfrage direkt beim SVK angefordert werden.

🌐 Kontakt SVK: [www.svk.org/kontakt](http://www.svk.org/kontakt)