

VERORDNUNGSFORMULAR

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7



A) Patient (bitte vollständig ausfüllen)

Sprache

DE FR IT

Name/Vorname _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Natel _____

Geburtsdatum _____
Invalidenversicherung Ja Nein
ID-Nummer _____
Versicherungs-Nr. _____
Krankenversicherer _____

Gesuch Erstgerät/Erstverordnung
 Zweitgerät

Gerätewechsel
Gerät 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 Lungenkrankheiten
61 fortgeschrittene stabile COPD | 62 Bronchiektasen
63 Zystische Fibrose
70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom
71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
72 Cheyne-Stoke-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 Gerätekofter Halterung Kinnband
 Kopfhabe O₂-Adapter Ständer klimatisiertes Schlauchsystem

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

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

Ja Nein

- 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.

Atemstörung im Schlaf
Erstes Jahr: 200 Minuten
Folgejahre: 120 Minuten

Ventilatorische Insuffizienz
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 _____

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for providing additional information related to the indication and care of the patient.

* Diese Zusatzinformationen können das Kostengutsprache gesuch gegenüber dem Vertrauensarzt unterstützen und das Betreuungsteam in der fachgerechten Unterstützung des Patienten helfen.