

# Verordnung für mechanische Heimventilation

Gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP)



**A) ALLGEMEINE ANGABEN** (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: «Name» / «Vorname» ..... Geschlecht: M F  
Adresse: «Strasse» «Hausnummer» ..... Geburtsdatum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
PLZ / Ort: «PLZ» «Ort» ..... Kanton: |\_|\_| ID-Nummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Telefon: «Telefon» ..... Invalidenversicherung: ja nein  
Beruf: «Beruf» ..... KK-Mitglied-Nr: .....  
Krankenkasse: ..... Sektion: .....

**B) HAUPTDIAGNOSE** Code: |\_|\_|\_| (bitte Code aus untenstehender Liste verwenden)

<b>Obstruktive Lungenkrankheiten</b>	<b>Respiratorische Schlafstörungen</b>	<b>Kardiale Krankheiten</b>	<b>Andere Krankheiten</b>
01 Chronische Bronchitis	20 Zentrales Schlafapnoe-Syndrom	50 Cor pulmonale	60 Mucoviszidose
02 Emphysem	21 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	51 Links/globale Herzinsuffizienz	61 Alveoläre Hypoventilation
03 Asthma	22 Gemischtes Schlafapnoe-Syndrom	52 Kardiale Missbildung	62 Bronchodysplasie
	23 Upper airways resistance syndrome		63 Lungen-/Bronchus-Krebs
			64 anderer Krebs/maligne Krankh.
<b>Restriktive Lungenkrankheiten</b>	<b>Neuro-muskuläre Krankheiten</b>		99 anderes: .....
10 Post Tbc	30 Myopathie		
11 Postoperativ/Trauma	31 Neuropathie		
12 Fibrose			
13 Pneumoconiose			
14 Kyphoskoliose			

**C) VERORDNUNG HEIMVENTILATION** (Administratives Vorgehen gemäss SGP-Richtlinien mit Kostengutsprache durch SVK (Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer))

Abgegebenes Beatmungsgerät (Marke/Modell): ..... Beatmungsdauer: ..... Std./Tg.

Volumengesteuertes Gerät: Atemzugvolumen: ..... ml Frequenz: ..... /min  
 Druckgesteuertes Gerät: Inspiratorischer Druck: ..... cmH2O Frequenz: ..... /min  
 Bilevel-Gerät:  S  S/T  T  
Inspiratorischer Druck: ..... cmH2O Expiratorischer Druck: ..... cmH2O Frequenz: ..... /min

**Zubehör:**  
 Maske Marke: ..... Grösse: .....  
 Kopfhalterung Marke: ..... Grösse: .....  
 Befeuchtung

Behandlungsbeginn: .....

**D) WICHTIGE UNTERSUCHUNGSRISULTATE**

**Lungenfunktion:** Datum: ..... VK: ..... % Soll FEV1: ..... % Soll  
**Labor:** Hämoglobin: ..... g% Hämatokrit: ..... %  
**art. Blutgase:** in: mmHg kPa Datum PaO2 PaCO2 pH  
(unter klinisch stabilen Verhältnissen)  
in Ruhe / vor Behandlung .....  
nach ≥ 30 Min. / optimale Beatmung .....

**Resultate der SAS-Diagnostik (bei Patienten mit Schlafapnoe-Therapie):** ohne PAP mit PAP  
Apnoe/Hypopnoe-Index: .....  
Anzahl Desaturationen / Stunde (≥ 4% SaO2): .....

**E) Anordnung für Beratung und Betreuung für Patienten der MHV:**  
(gemäss Vertrag LLS/SVK vom 1. Juni 2001)

ja  nein  
(gültig für 1 Jahr)

In 10 Monaten wird automatisch durch den SVK eine Aufforderung zur Verlängerung der Anordnung versandt.

**F) ZUSTÄNDIGE ÄRZTE/ÄRZTINNEN**

**1 Verordnender Arzt / verordnendes Zentrum:** .....  
Unterschrift + Stempel inkl. Konkordats-Nr.: .....  
Datum der Spitalentlassung: .....  
Datum der Verordnung: .....

**2 Hausarzt:** .....

**3 Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrollen**  
(Oxymetrie/Polygraphie): .....