

VERORDNUNGSFORMULAR

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

5

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE



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 _____
Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt _____
Pneumologe für Nachkontrollen _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an _____