

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

### 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

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungensliga/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 \_\_\_\_\_