

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 _____

Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____

Invalidenversicherung Ja Nein

PLZ/Ort _____

ID-Nummer _____

Telefon _____

Versicherungs-Nr. _____

Natel _____

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 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 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 _____