

Verordnung für mechanische Heimventilation

1 Personalien

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	Mobile	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenversicherer	Kundennummer	Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Gesuch

Erstgerät/Erstversorgung
 Zweitgerät
 Telemonitoring
 Gerätewechsel
 Gerät: Alter > 5 Jahre Defekt

3 Diagnose

Codierung für die Indikationen zur Beatmung zu Hause

<p>10 Neuropathien</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Hohe Querschnittsläsion</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Amyotrophe Lateralsklerose</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Bilaterale Zwerchfellähmung</p> <p><input type="checkbox"/> 14 Post-Polio-Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> 15 Spinale Amyotrophien</p> <p>20 Myopathien</p> <p><input type="checkbox"/> 21 M. Duchenne</p> <p><input type="checkbox"/> 22 Myotonische Dystrophie</p> <p><input type="checkbox"/> 23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien</p> <p>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</p> <p><input type="checkbox"/> 31 Kyphoskoliosen</p> <p><input type="checkbox"/> 32 Narbige Pleuraveränderungen</p> <p><input type="checkbox"/> 33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen</p> <p><input type="checkbox"/> 34 Posttraumatische Veränderungen</p>	<p>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</p> <p><input type="checkbox"/> 41 Kongenital</p> <p><input type="checkbox"/> 42 Late onset</p> <p>50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom</p> <p>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> 61 Fortgeschrittene stabile COPD</p> <p><input type="checkbox"/> 62 Bronchiektasen</p> <p><input type="checkbox"/> 63 Zystische Fibrose</p> <p>70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> 72 Cheyne-Stoke-Atmung</p> <p>99 Unklar/andere</p> <p><input type="text"/></p>
---	--

4 Angaben zur Heimventilation

Nicht invasiv
 Invasiv

Beatmungsdauer
 Nachts verordnete Anzahl Stunden
 24 Stunden ununterbrochen
 Nachts und partiell tagsüber Anzahl Stunden
 Behandlungsbeginn

Der Patient lebt ...
 ... zu Hause ohne Pflegeunterstützung
 ... zu Hause mit Pflegeunterstützung
 ... in Pflegeinstitution

5 Diagnostik und Therapieerfolg

Körpergewicht in kg	Grösse in cm	BMI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VC (%soll)	FEV1 (%soll)	Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Gerät

Bei begründetem Zusatzbedarf an Verbrauchsmaterial über dem in der MiGEL gelisteten Maximalbetrag pro Jahr, wird ein ausführlicher Bericht/Begründung zu Händen des Vertrauensarztes benötigt.

Marke, Modell	Behandlungsbeginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 14.11.03.00.2 Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	
<input type="checkbox"/> 14.11.04.00.2 Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	
<input type="checkbox"/> 14.12.02.00.2 Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Miete	
<input type="checkbox"/> 14.12.03.00.2 Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Miete	

Befeuchter/Zubehör Integriert Separat

Spezialzubehör	<input type="checkbox"/> Externe Batterie	<input type="checkbox"/> Fernalarmkabel	<input type="checkbox"/> Gerätekofter
	<input type="checkbox"/> Halterung	<input type="checkbox"/> Kinnband	<input type="checkbox"/> Klimatisiertes Schlauchsystem
	<input type="checkbox"/> Kopfhaut	<input type="checkbox"/> O2 Adapter	<input type="checkbox"/> Ständer
	<input type="checkbox"/> Anderes <input type="text"/>		

Lieferant	<input type="checkbox"/> Dräger Medical	<input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH	<input type="checkbox"/> Kantonale Lungenliga
	<input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="checkbox"/> Philips AG, Respiroics	<input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG
	<input type="checkbox"/> SOS Oxygène SA	<input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG	
	<input type="checkbox"/> Anderer <input type="text"/>		

7 Betreuung

Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause Ja Nein

Betreuung zu Hause durch

Zuständige Ärzte/Ärztinnen		
<input type="text"/>		
Verordneter Arzt/Zentrum	ZSR Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ort	Datum	Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt	Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrolle	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Einsenden an:
CSS, Vertrauensärztlicher Dienst, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, HIN-Adresse: avd.d@css.ch

Rechtsträger für Grundversicherung nach KVG: CSS Kranken-Versicherung AG
Rechtsträger für Versicherung nach VVG: CSS Versicherung AG
Rechtsträger für Unfallversicherung nach UVG: CSS Versicherung AG