

VERORDNUNGSFORMULAR

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

5



A) Patient (bitte vollständig ausfüllen) Sprache DE FR IT

| | |
|--|---|
| Name/Vorname _____ | Geburtsdatum _____ |
| Strasse/Nr. _____ | Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| PLZ/Ort _____ | ID-Nummer _____ |
| Telefon _____ | Versicherungs-Nr. _____ |
| Natel _____ | Krankenversicherer _____ |
| <hr/> | |
| Gesuch <input type="checkbox"/> Erstgerät/Erstverordnung | Gerätewechsel |
| <input type="checkbox"/> Zweitgerät | Gerät <input type="checkbox"/> Alter > 5 Jahre <input type="checkbox"/> 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 Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

| | | |
|--|---|--|
| 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 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> |
| Verordnender Arzt/Ärztin _____ | |
| Datum der Verordnung _____ | |
| Hausarzt _____ | |
| Pneumologe für Nachkontrollen _____ | |

Verordnung senden an _____