Musterverordnung Nr. 5 Nicht invasive und invasive Heimventilation

Allgemeiner Hinweis

Dieses Formular ist nur für Nicht-SVK-Versicherungen zu

Limitationen und fachliche Voraussetzungen

Diese sind verbindlich in der gültigen MiGeL geregelt. Verordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen für Pneumologie oder Fachärzte oder Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie

(Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016) sowie Paraplegiker-Zentren.

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer. Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer. Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer. Name/Vorname Strasse/Nr. Invalidenversicherung Invalidenversicherung Invalidenversicherer Sesuch Erstgerät/Erstverordnung Gerätewechsel Ger	VERORDNUNGSFORMULAR	Erstverordnung U WiederholungsV D	a Bitte Erst- oder Wi ordnung ankreuze
Ap Patient Getter volkstardig aud/Gleno Sprache DE TT	\	(von Liga auszufüllen) LUNGENLIGA 212 LIGUE PULMONAIRE	•
Name/Vorname	Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.	MiGel KLV 7 LEGA POLMONARE	REV7 uberillillill
Strasse/Nr. Invalidenversicherung Ja Neien Invalidenversicherung Ja Neien Invalidenversicherung Ja Neien Invalidenversicherung I	A) Patient (bitte vollständig ausfüllen)		
PAZ/Ort ID-Nummer Verticherungs Nr. Vertilitorische Insufficient Schlauchsystem Defekt Diagnose Code: 2 Justicher Flore Defekt Defek	·		Bitte Punkt a) volls
Telefon			
Nate	·		
Gesuch			
Certain			Bitte Diagnose ger
B) Diagnose Hauptdiagnose Code: 13 Nergapita ferrodrottistion 12 Anyophocite Laterbalkence 13 Blaterale 12 Anyophocite Laterbalkence 13 Blaterale 13 Nergapita ferrodrottistion 13 Anyophocite Laterbalkence 13 Blaterale 14 Norgania 15 Sprake Amyophocite 13 Blaterale 15 Sprake Amyophocite 15 Sprake Amyophocit			
19 Newsyathien 22 Angelomen, metablishion 2 Angelomen, metablishions 12 Angelomen, metablishions 2 Angelomen, metablishion	_		angeben.
Beatmungsdauer	10 Neuropathien 11 Hi-Mc Quest-christilsäion 12 Any otrophe Lateralsiderose 13 Bilduren 13 Bilduren 14 Neurophe Lateralsiderose 13 Bilduren 15 Weert-friellähmung 14 Post-Frielo-Syndrom 15 Spirale Amyotrophien 20 Myopathien 31 Kyrboskollosen 13 Syln-augged-hriten 33 St. n. augged-hriten 33 St. n. augged-hriten 33 St. n. augged-hriten	34 Posttraumalische Veränderungen 40 Primäte sevolare Hypoventilation 40 Primäte sevolare Hypoventilation 40 Electrone 41 Electronet 42 Liet corect 90 Adipositas-Hypoventilations- syndrom 60 Hypoventilation bei obstruktiven tungenkranheiten	d Bitte die Angaben on ergänzen.
Beatmungsdauer			Bitte Seite 2 ausfü
machts und partiell tagsüber Anzahl Std.			C .
MiGel-Position Behandlungsbeginn Gsplatentissung) Befeuchter/Zubehör integriert separat Maske	nachts und partiell tagsüber Ar	ızahl Std Behandlungsbeginn 🖼	
Befuchter/Zubehör integriert separat Maske Lungenliga die Be erbringen kann. Befuchter/Zubehör integriert separat Maske Lungenliga die Be erbringen kann. Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung durch die Lungenliga ja Diverses ext. Batterie Fernalarmkabel cerätekoffer Halterung Kinnband Kopfhaube 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) Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die azriliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen. E) Verordnung/Unterschrift Arzti/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Zuständiger Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Palasarzt Sitter Ja ankreuzen Lungenliga die Be erbringen kann. Bitte ausfüllen und sowie Stempel/Ur hen. Unvollständig Formulare werder kassen zurückgew kassen zurückgew Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Bitte Ja ankreuzen Lungenliga die Be erbringen kann.	Gerät: Marke, Modell	Serien-Nr.	treuung nötig sind
Befeuchter/Zubehör integriert separat Maske Lungenliga die Be erbringen kann.	MiGeL-Position		
Befeuchter/Zubehör integriert separat Maske Lungenliga die Be erbringen kann.	Behandlungsbeginn		Pitto la antrouzon
Marke, Modell Lieferant Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung durch die Lungenliga ja Diverses ext. Batterie Fernalarmkabel Gerätekoffer Halterung Kinnband Kopffhaube O ₂ -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) 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) Bed erhöhtem Pflegebedari ist Verordnungsformular 6 auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl.	(Spitalentlassung)		
Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung durch die Lungenliga ja	— ° — ·		Lungenliga die Bei
Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung durch die Lungenliga ja Diverses ext. Batterie Fernalarmkabel cerätekoffer Halterung Kinnband Kopfhaube O ₃ -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) 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. E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Zuständiger Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	Marke, Modell	Grosse	erbringen kann.
Diverses ext. Batterie Fernalarmkabel Gerätekoffer Halterung Kinnband Kopfhaube O ₂ -Adapter Ständer klimatisiertes Schlauchsystem Sowie Stempel/Ur Sowie Stempel/			
Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional) D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (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. E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin Verordnender Arzt/Ärztin Zuständiger Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt Bittle ausstülleri unte sowie Stempel/Ur hen. Unvollständig Formulare werder kassen zurückgew sowie Stempel/Ur hen. Unvollständig Formulare werder kassen zurückgew ventilatorische Insuffizienz Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer			
Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional) D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015) Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die aztzliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt Atemstörung im Schlaf Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer			Bitte ausfüllen und
D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (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) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt Nein Ventilatorische Insuffizienz Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Folgejahre: 120 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. 2SR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt			sowie Stempel/Un
Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die Arztliche Verordnung wird für 6 Monate erteit und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin Verordnung Attemstörung im Schlaf Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 120 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. 25R-Nummer Stempel/Unterschrift inkl. 25R-Nummer	- ·	_ ` _	•
(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. E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnung Datum der Verordnung Hausarzt Ventilatorische Insuffizienz Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt			•
(2) Die årztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weltere 6 Monate. (3) Bei erhöhten Pflegebedräf ist Verordnung/soffmular 6 auszufüllen. E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt Eistes Jahr: 200 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	Richtwert in Minuten		Formulare werden
und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen. E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt Hausarzt Folgejahre: 120 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Folgejahre: 270 Minuten Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	7 Temperang in Jeniar Ventuaconsene insumblene		kassen zurückgew
E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen) Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt			Rassell Zaraengew
Zuständiger Arzt/Ärztin Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufü	llen.	
Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung Hausarzt	E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt aus	zufüllen)	
Datum der Verordnung Hausarzt	Zuständiger Arzt/Ärztin	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	
Hausarzt	Verordnender Arzt/Ärztin		
	Datum der Verordnung	<u></u>	
Pneumologe für Nachkontrollen Bilddatei ausweithten			
	Pneumologe für Nachkontrollen	Bilddatei auswählen	

- lerholungsver-Angabe MiGeL/ Lungenliga.
- ndig ausfüllen.
- isse Codeliste
- r Heimventilati-
- n, falls Zusatzination oder Be-
- lamit die ungsleistungen
- nit ZSR-Nummer rschrift verseınterzeichnete on den Krankensen.

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga.ch. Oder einfach QR-Code abscannen, downloaden und ausfüllen.



