Musterverordnung Nr. 5
Nicht invasive und invasive Heimventilation

Allgemeiner Hinweis

Dieses Formular ist nur für Nicht-SVK-Versicherungen zu verwenden.

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.

Drucken

VERORDNUNGSFORMULAR
Nicht invasive und invasive Heimventilatio

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

a Erstverordnung ☐
WiederholungsV ☐
(von Liga auszufüllen)
MiGel ☐ KLV 7 ☐

5

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

b **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

c **B) Diagnose** **Hauptdiagnose Code:** **Zusatzdiagnose Code:**

10 Neuropathien
11Hohe 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-Hypoventilations-syndrom
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

d **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 _____

e **Erstinstruktion und initiale Therapieanpassung durch die Lungenliga** ☐ ja

Diverses ☐ ext. Batterie ☐ Fernalarmkabel ☐ Gerätekoffer ☐ Halterung ☐ Kinnband
☐ Kopfhaube ☐ O_2-Adapter ☐ Ständer ☐ klimatisiertes Schlauchsystem

f **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

g (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	**Ventilatorische Insuffizienz**
Erstes Jahr: 200 Minuten	**Erstes Jahr:** 420 Minuten
Folgejahre: 120 Minuten	**Folgejahre:** 270 Minuten

E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Zuständiger Arzt/Ärztin _____
Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt _____
Pneumologe für Nachkontrollen _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Bilddatei auswählen

Verordnung senden an
_____ _____

a Bitte Erst- oder Wiederholungsverordnung ankreuzen. Angabe MiGeL/KLV7 übernimmt die Lungenliga.

b Bitte Punkt a) vollständig ausfüllen.

c Bitte Diagnose gemässe Codeliste angeben.

d Bitte die Angaben zur Heimventilation ergänzen.

e Bitte Seite 2 ausfüllen, falls Zusatzinformationen zu Indikation oder Betreuung nötig sind.

f Bitte Ja ankreuzen, damit die Lungenliga die Beratungsleistungen erbringen kann.

g Bitte ausfüllen und mit ZSR-Nummer sowie Stempel/Unterschrift versehen. Unvollständig unterzeichnete Formulare werden von den Krankenkassen zurückgewiesen.

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

LUNGENLIGA SCHWEIZ
LIGUE PULMONAIRE SUISSE
LEGA POLMONARE SVIZZERA
LIA PULMUNARA SVIZRA