

5 Verordnungsformular

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Erstverordnung
Wiederholungs-Ver.
MiGel KLV7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____
Adresse	_____	Kostenübernahme	IV	KK	
PLZ/Ort	_____	Krankenkasse	_____		
Telefon/Mobile	_____	Kartenummer	_____		
E-Mail	_____	AHV-Nr.	_____		

Gesuch

Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel		
Zweitgerät	Gerät	Alter > 5 Jahre	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
	Kopfhaube O ₂ -Adapter Ständer	klimateisiertes Schlauchsystem

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja

Nein

Richtwert in Minuten

- Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.
- 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) Verordnender Pneumologe

Datum der Verordnung _____

Verordnender Pneumologe _____

E-Mail _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)