

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

|                |       |                 |              |
|----------------|-------|-----------------|--------------|
| Name/Vorname   | _____ | Angehörige      | _____        |
| Adresse        | _____ | Kostenübernahme | IV      KK   |
| PLZ/Ort        | _____ | Krankenkasse    | _____        |
| Telefon/Mobile | _____ | Kartennummer    | _____        |
| E-Mail         | _____ | AHV-Nr.         | _____        |
| Geburtsdatum   | _____ | Geschlecht      | _____        |
| Gewicht        | _____ | Tracheostoma    | Ja      Nein |

## B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

### P00 Chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen

(Bsp. Broncho-pulmonale Dysplasie, chronische Lungenerkrankung)

### P10 Angeborene/erworbene neonatale Lungenerkrankungen

(Bsp. Zwerchfellhernie)

### P20 Pulmonale Hypertension

(Bsp. Trisomie 21)

### P30 Interstitielle Lungenerkrankung

(Bsp. chILD)

### P40 Fortgeschrittene CF & andere

Bronchiektasenerkrankungen

### P50 Bronchiolitis obliterans

### P60 Erkrankungen des Thorax

(Bsp. Thoraxdystrophie, schwere Kyphoskoliose)

### P70 Neuromuskuläre Erkrankungen

### P80 Diverses

(Bsp. nächtliche Hypoxien bei Sichelzellanämie, Arnold-Chiari-Malformation, syndromale & metabolische Erkrankungen, Tracheotomie)

### P90 Andere

## C) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

|                  |                              |                                    |       |
|------------------|------------------------------|------------------------------------|-------|
| 14.03.15.00.2L   | Mechanischer In-/Exsufflator | Einatmungsflow (Liter/Min.):       | _____ |
| Kostengutsprache | MyAirvo Highflow-Gerät       | Einatmungszeit                     | _____ |
| Gerät:           | _____                        | Ausatmungsdruck                    | _____ |
| Modus            | _____                        | Ausatmungszeit                     | _____ |
| Einatmungsdruck  | _____                        | Pausendauer                        | _____ |
|                  |                              | Bei zusätzlichem O2 Zielwert FiO2: | _____ |

## 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.

|  |  |
|--|--|
| <b>Ventilatorische Insuffizienz</b><br><b>erstes Jahr: 420 Minuten</b> | <b>Ventilatorische Insuffizienz</b><br><b>Folgejahr: 270 Minuten</b> |
|--|--|

## E) Verordnender Arzt/Ärztin

|                          |                                       |                       |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| _____                    | Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer | (Bilddatei auswählen) |
| _____                    |                                       |                       |
| Datum der Verordnung     | _____                                 |                       |
| Verordnender Arzt/Ärztin | _____                                 |                       |
| E-Mail                   | _____                                 |                       |