

### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

### B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

#### 00 Obstruktive Lungenkrankheiten

- 01 chronische Bronchitis, Emphysem
- 02 Asthma

#### 10 Restriktive Lungenkrankheiten

(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

#### 20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

#### 30 Neuromuskuläre Krankheiten

#### 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

#### 50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

#### 60 Andere Lungenkrankheiten

(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

#### 90 Andere \_\_\_\_\_

### C) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

14.03.15.00.2L	Mechanischer In-/Exsufflator	Einatemungsflow (Liter/Min.):	_____
Kostengutsprache	MyAirvo Highflow-Gerät	Einatemungszeit	_____
Gerät:	_____	Ausatmungsdruck	_____
Modus	_____	Ausatmungszeit	_____
Einatemungsdruck	_____	Pausendauer	_____
		Bei zusätzlichem O2 Zielwert FiO2:	_____

### D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja      Nein

#### 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.

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

### E) Verordnender Arzt/Ärztin

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