

Verordnung für mechanische Heimventilation

Patient (bitte vollständig ausfüllen)	Vorname Name	_____
	Strasse Nr.	_____
	PLZ Ort	_____
	Telefon	Mobile _____
	Geburtsdatum	_____
	Invalidenversicherung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	ID-Nummer	_____
	Versicherten-Nr.	_____
	Krankenversicherer	_____

Gesuch	<input type="radio"/> Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel: _____
	<input type="radio"/> Zweitgerät	Gerät: <input type="radio"/> Alter > 5 Jahre <input type="radio"/> Defekt

Diagnose Codierung für die Indikationen zur Beatmung zu Hause	Hauptdiagnose Code:	Zusatzdiagnose Code:
	_____	_____

10 Neuropathien

- 11 Hohe Querschnittsläsion
- 12 Amyotrophe Lateralsklerose
- 13 Bilaterale Zwerchfelllähmung
- 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 Lungenerkrankungen

- 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:

Angaben zur Heimventilation	<input type="radio"/> nicht invasiv	<input type="radio"/> invasiv
Beatmungsdauer	<input type="radio"/> nachts verordnete Anzahl Std.:	<input type="radio"/> 16 Std. ununterbrochen
	<input type="radio"/> nachts + partiell tagsüber Anzahl Std.:	<input type="radio"/> Behandlungsbeginn
Der Patient lebt ...	<input type="radio"/> zu Hause ohne Pflegeunterstützung	<input type="radio"/> in Pflegeinstitution
	<input type="radio"/> zu Hause mit Pflegeunterstützung	
Gerät (Marke, Modell)	Serien-Nr.: _____	
MiGeL-Position	_____	
Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)	_____	
Befeuchter/Zubehör	<input type="radio"/> integriert <input type="radio"/> separat	Maske: _____
	Marke, Modell: _____	Grösse: _____

Lieferant	<input type="radio"/> Homecare Medical GmbH <input type="radio"/> ResMed Schweiz AG <input type="radio"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="radio"/> Philips AG, Resironics <input type="radio"/> VitalAire Schweiz AG <input type="radio"/>
Betreuung	Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zuständige Ärzte/Ärztinnen	Betreuung zu Hause durch:	
Verordnender Arzt/Ärztin/ Zentrum	ZSR Nr.	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin	
Hausarzt/Hausärztin		
Verantwortlicher Pneumologe/Pneumologin für Nachkontrolle		

Bitte senden Sie dieses Formular an:
Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich oder per E-Mail an info@helsana.ch.