

7 Verordnungsformular

Highflow-Gerät, Cough-Assist

Erstverordnung
Wiederholungs-Ver.
MiGel KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Mobile _____
E-Mail _____
Geschlecht _____
Gewicht _____

Geburtsdatum _____
Kostenübernahme IV KK _____
Krankenkasse _____
Versicherten-Nr. _____
AHV-Nr. _____
Tracheostoma Ja Nein _____

B) Hauptdiagnose

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

Bitte Code auswählen:

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

14.03.15.00.2L Mechanischer In-/Exsufflator
Kostengutsprache MyAirvo Highflow-Gerät
Gerät: _____
Modus: _____
Einatmungsdruck: _____

(bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen)

Einatmungsflow (Liter / Min.): _____
Einatmungszeit: _____
Ausatmungsdruck: _____
Ausatmungszeit: _____
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.

Ventilatorische Insuffizienz erstes Jahr: 420 Minuten	Ventilatorische Insuffizienz Folgejahr: 270 Minuten
---	---

E) Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung _____
Verordnender Arzt/Ärztin _____
E-Mail _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)