

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

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	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

- (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

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

Datum der Verordnung _____

Verordnender Arzt/Ärztin _____

E-Mail _____