

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Angehörige	_____
Adresse	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	Kostenübernahme	IV KK
Telefon/Mobile	_____	Krankenkasse	_____
E-Mail	_____	Versicherten-Nr.	_____
Geschlecht	_____	AHV-Nr.	_____
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 Gerätecategory 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.

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	_____	