

# 5 Verordnungsformular

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Erstverordnung  
Wiederholungs-Ver.  
MiGel KLV7



## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

## Gesuch

Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel		
Zweitgerät	Gerät	Alter > 5 Jahre	Defekt

## B) Diagnose      Hauptdiagnose Code:      Zusatzdiagnose Code:

<b>10 Neuropathien</b> 11 Hohe Querschnittsläsion 12 Amyotrophe Lateralsklerose 13 Bilaterale Zwerchfelllähmung 14 Post-Polio-Syndrom 15 Spinale Amyotrophien	<b>22 Myotonische Dystrophie</b> 23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien <b>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b> 31 Kyphoskoliosen 32 Narbige Pleuraveränderungen 33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen	<b>34 Posttraumatische Veränderungen</b> <b>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</b> 41 kongenital 42 late onset <b>50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom</b> <b>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten</b> 61 fortgeschrittene stabile COPD	62 Bronchiektasen 63 Zystische Fibrose <b>70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom</b> 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom 72 Cheyne-Stoke-Atmung <b>99 unklar/andere</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## C) Angaben zur Heimventilation      nicht invasiv      invasiv

<b>Beatmungsdauer</b>	nachts verordnete Anzahl Std. _____	24h ununterbrochen
	nachts und partiell tagsüber Anzahl Std. _____	Behandlungsbeginn _____
<b>Gerät:</b> Marke, Modell	_____	Serien-Nr. _____
MiGeL-Position	_____	
Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)	_____	
<b>Befeuchter / Zubehör</b>	integriert      separat	<b>Maske</b> _____
Marke, Modell	_____	Grösse _____
Lieferant	_____	
Diverses	ext. Batterie      Fernalarmkabel      Gerätekoffer      Halterung      Kinnband	Kopfhaube      O <sub>2</sub> -Adapter      Ständer      klimatisiertes Schlauchsystem

## 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.

<b>Atemstörung im Schlaf</b> Erstes Jahr: 200 Minuten Folgejahre: 120 Minuten	<b>Ventilatorische Insuffizienz</b> Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

## E) Verordnender Pneumologe

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