



Verordnungsformular

Nicht invasive und invasive Heimventilation

KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Erstverordnung	Wiederholungs-Verordnung	MiGeL	KLV7
Patient (bitte vollständig ausfüllen)			
Name/Vorname	_____	Sprache	D F I
Strasse	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	Invalidenversicherung	Ja Nein
Telefon	_____	ID-Nummer	_____
Mobile	_____	Policen-Nr.	_____
E-Mail	_____	Krankenversicherer	_____
Gesuch	Erstgerät/Erstversorgung	Zweitgerät	
Gerätewechsel	Alter >5 Jahre	Defekt	
Diagnose	Hauptdiagnose Code	Zusatzdiagnose Code	
10 Neuropathien	23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien	40 Primäre alveoläre Hypoventilation	63 Zystische Fibrose
11 Hohe Querschnittsläsion	30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge	41 kongenital	70 Zentrale Schlaf-Apnoe-Syndrom
12 Amyotrophe Lateralsklerose	31 Kyphoskoliosen	42 late onset	71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
13 Bilaterale Zwerchfellähmung	32 Narbige Pleuraveränderungen	50 Adipositas-Hypoventilations-syndrom	72 Cheyne-Stoke-Atmung
14 Post-Polio-Syndrom	33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen	60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten	99 unklar/andere
15 Spinale Amyotrophien	34 Posttraumatische Veränderungen	61 fortgeschrittene stabile COPD	_____
20 Myopathien	gen	62 Bronchiektasen	_____
21 M.Duchenne			
22 Myotonische Dystrophie			
Angaben zur Heimventilation		nicht invasiv	invasiv
Beatmungsdauer	nachts verordnete Anzahl Std		24h ununterbrochen
	nachts und partiell tagsüber Anzahl Std.		Behandlungsbeginn
Gerät: Marke, Modell	_____		Serien-Nr.
MiGeL-Position	_____		
Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)	_____		
Befeuchter/Zubehör	integriert separat		Maske
Marke/Modell	_____		Grösse
Lieferant	_____		
Diverses	ext. Batterie	Gerätekofter	Halterung
	Kopfhaube	Fernalarmkabel	Ständer
			Kinnband
			O2-Adapter
			klimatisiertes Schlauchsystem
Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional)			Ja (siehe Seite 2)
Verordnung Beratung/Pflege, ambulant oder zu Hause			Ja Nein
Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)			
Zuständiger Arzt/Ärztin	_____		
Verordnender Arzt/Ärztin	_____	Datum der Verordnung	_____
Hausarzt	_____		
Pneumologe für Nachkontrollen	_____		
Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	_____		
Bitte senden Sie dieses Formular an	KPT, Postfach, 3001 Bern		