



CSS

Versicherung

# Verordnung für mechanische Heimventilation

## 1 Personalien

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	Mobile	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenversicherer	Kundennummer	Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 2 Gesuch

Erstgerät/Erstversorgung  
  Zweitgerät  
  Telemonitoring  
  Gerätewechsel  
 Gerät: Alter  > 5 Jahre  Defekt

## 3 Diagnose

Codierung für die Indikationen zur Beatmung zu Hause

<input type="checkbox"/> 10 <b>Neuropathien</b>	<input type="checkbox"/> 40 <b>Primäre alveoläre Hypoventilation</b>
<input type="checkbox"/> 11 Hohe Querschnittsläsion	<input type="checkbox"/> 41 Kongenital
<input type="checkbox"/> 12 Amyotrophe Lateralsklerose	<input type="checkbox"/> 42 Late onset
<input type="checkbox"/> 13 Bilaterale Zwerchfellähmung	<input type="checkbox"/> 50 <b>Adiopositas-Hypoventilationssyndrom</b>
<input type="checkbox"/> 14 Post-Polio-Syndrom	<input type="checkbox"/> 60 <b>Hypoventilation bei obstruktiven Lungenerkrankungen</b>
<input type="checkbox"/> 15 Spinale Amyotrophien	<input type="checkbox"/> 61 Fortgeschrittene stabile COPD
<input type="checkbox"/> 20 <b>Myopathien</b>	<input type="checkbox"/> 62 Bronchiektasen
<input type="checkbox"/> 21 M. Duchenne	<input type="checkbox"/> 63 Zystische Fibrose
<input type="checkbox"/> 22 Myotonische Dystrophie	<input type="checkbox"/> 70 <b>Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom</b>
<input type="checkbox"/> 23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien	<input type="checkbox"/> 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
<input type="checkbox"/> 30 <b>Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b>	<input type="checkbox"/> 72 Cheyne-Stoke-Atmung
<input type="checkbox"/> 31 Kyphoskoliosen	<input type="checkbox"/> 99 Unklar/andere
<input type="checkbox"/> 32 Narbige Pleuraveränderungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen	
<input type="checkbox"/> 34 Posttraumatische Veränderungen	

## 4 Angaben zur Heimventilation

Nicht invasiv  
  Invasiv

**Beatmungsdauer**  
  Nachts verordnete Anzahl Stunden   
  24 Stunden ununterbrochen  
 Nachts und partiell tagsüber Anzahl Stunden   
 Behandlungsbeginn

**Der Patient lebt ...**  
 ... zu Hause ohne Pflegeunterstützung  
 ... zu Hause mit Pflegeunterstützung  
 ... in Pflegeinstitution

**5 Diagnostik und Therapieerfolg**

Körpergewicht in kg	Grösse in cm	BMI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VC (%soll)	FEV1 (%soll)	Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6 Gerät**

Bei begründetem Zusatzbedarf an Verbrauchsmaterial über dem in der MiGEL gelisteten Maximalbetrag pro Jahr, wird ein ausführlicher Bericht/Begründung zu Händen des Vertrauensarztes benötigt.

Marke, Modell	Behandlungsbeginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 14.11.03.00.2 Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete
- 14.11.04.00.2 Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete
- 14.12.02.00.2 Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Miete
- 14.12.03.00.2 Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Miete

**Befeuchter/Zubehör**     Integriert     Separat

**Spezialzubehör**

<input type="checkbox"/> Externe Batterie	<input type="checkbox"/> Fernalarmkabel	<input type="checkbox"/> Gerätekofter
<input type="checkbox"/> Halterung	<input type="checkbox"/> Kinnband	<input type="checkbox"/> Klimatisiertes Schlauchsystem
<input type="checkbox"/> Kopfhaut	<input type="checkbox"/> O2 Adapter	<input type="checkbox"/> Ständer
<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>	

**Lieferant**

<input type="checkbox"/> Dräger Medical	<input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH	<input type="checkbox"/> Kantonale Lungenliga
<input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="checkbox"/> Philips AG, Respironics	<input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG
<input type="checkbox"/> SOS Oxygène SA	<input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG	
<input type="checkbox"/> Anderer	<input type="text"/>	

**7 Betreuung**

Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause     Ja     Nein

Betreuung zu Hause durch

Zuständige Ärzte/Ärztinnen

Verordneter Arzt/Zentrum	ZSR Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort	Datum	Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausarzt	Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrolle
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einsenden an:  
CSS Versicherung, Vertrauensärztlicher Dienst, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, HIN-Adresse:  
avd.d@css.ch