

Verordnung für mechanische Heimventilation

Patient (bitte vollständig ausfüllen)	Name, Vorname	
	Strasse, Nr.	
	PLZ, Ort	
	Telefon	Mobile
	Geburtsdatum	Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	ID-Nummer	Vers.-Nr.
	Krankenversicherer	

Gesuch	<input type="checkbox"/> Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel:
	<input type="checkbox"/> Zweitgerät	Gerät: <input type="checkbox"/> Alter > 5 Jahre <input type="checkbox"/> Defekt

Diagnose: Codierung für die Indikationen zur Beatmung zu Hause	Hauptdiagnose Code:	Zusatzdiagnose Code:
---	---------------------	----------------------

- | | |
|--|---|
| 10 Neuropathien
11 Hohe Querschnittsläsion
12 Amyotrophe Lateralsklerose
13 Bilaterale Zwerchfellähmung
14 Post-Polio-Syndrom
15 Spinale Amyotrophien

20 Myopathien
21 M. Duchenne
22 Myotonische Dystrophie
23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien

30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge
31 Kyphoskoliosen
32 Narbige Pleuraveränderungen
33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen
34 Posttraumatische Veränderungen | 40 Primäre alveoläre Hypoventilation
41 kongenital
42 late onset

50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom

60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten
61 fortgeschrittene stabile COPD
62 Bronchiektasen
63 Zystische Fibrose

70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom
71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
72 Cheyne-Stoke-Atmung

99 unklar/andere: _____ |
|--|---|

Angaben zur Heimventilation	<input type="checkbox"/> nicht invasiv	<input type="checkbox"/> invasiv
------------------------------------	--	----------------------------------

Beatmungsdauer	<input type="checkbox"/> nachts verordnete Anzahl Std.:	<input type="checkbox"/> 16 h ununterbrochen
	<input type="checkbox"/> nachts + partiell tagsüber Anzahl Std.:	<input type="checkbox"/> Behandlungsbeginn

Der Patient lebt ...	<input type="checkbox"/> zu Hause ohne Pflegeunterstützung	<input type="checkbox"/> in Pflegeinstitution
	<input type="checkbox"/> zu Hause mit Pflegeunterstützung	

Gerät (Marke, Modell)	Serien-Nr.:
------------------------------	-------------

MiGeL-Position

Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)
--

Befeuchter/Zubehör	<input type="checkbox"/> integriert <input type="checkbox"/> separat	Maske:
	Marke, Modell:	Grösse:

Lieferant	<input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH	<input type="checkbox"/> Philips AG, Respirationics
	<input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG	<input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz AG
	<input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="checkbox"/>

Betreuung	Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------	---	---

Betreuung zu Hause durch:

**Zuständige
Ärzte/Ärztinnen**

**Verordnender
Arzt/Zentrum** ZSR Nr.

Datum Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

Hausarzt

Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrolle

Bitte senden Sie dieses Formular an: Helsana-Gruppe, Postfach, 8081 Zürich.