

5 Verordnungsformular

Nicht invasive & invasive Heimventilation

- Erstverordnung
 Wiederholungs-verordnung
 MiGel KLV7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
Geschlecht _____ Sprache _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
Mobile _____
E-mail _____

Kostenübernahme Krankheit Unfall IV
Krankenkasse _____
AHV-Nr. _____
Kartenummer _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____

B) Diagnose	Bitte Code auswählen	Hauptdiagnose Code	Zusatzdiagnose Code
10 Neuropathien 11 Hohe Querschnittsläsion 12 Amyotrophe Lateralsklerose 13 Bilaterale Zwerchfelllähmung 14 Post-Polio-Syndrom 15 Spinale Amyotrophien		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
20 Myopathien 21 M. Duchenne			62 Bronchiektasen 63 Zystische Fibrose 70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom 72 Cheyne-Stoke-Atmung 99 unklar/andere

C) Angaben zur HeimVentilation nicht-invasiv invasiv

- 14.11.03.00.2 - Servoventilation mit Befeuchtung
 14.12.02.00.2 - BIPAP ST Heimbeatmungsgerät zur Atemunterstützung bei Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete
 14.12.03.00.2 - Life Support Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete

Gesuch Erstgerät/verordnung Zweitgerät **Gerätewechsel** Alter > 5 Jahre Defekt

Gerät
Gerät modell _____
 Nasal-Maske _____
 Vollgesichts-Maske _____

Beatmungsdauer
 nachts Nachts und tagsüber 24 std
Anzahl Stunden _____
Therapie Start Datum _____
Jahreskontrolle _____

Parameter
PS _____ PS min _____ PS max _____ Vt _____
IPAP _____ IPAP min _____ IPAP max _____ Anstiegszeit insp. _____
EPAP _____ EPAP min _____ EPAP max _____ Anstiegszeit expi _____
Atemfrequenz _____ Back-up Freq. _____ TI _____ TI min _____
Flow _____ I/E _____ Andere _____ TI max _____

Bemerkungen _____

- Zubehör** ext. Batterie Befeuchter (seperat) Rollständer Klimatisiertes Schlauchsystem
 Gerätekofter Fernalarmkabel Sonstiges _____

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion	Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)	Ventilatorische Insuffizienz	Atemstörung im Schlaf
Richtwert in Minuten 1. Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung 2. Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate. 3. Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	10901 Erstassessment 10902 Reassessment 10904 Pflege Planung 10906 Pflegebedarfsbestimmung 10907 Ärztliche Konsultation 10909 Pflegeanleitung/ Beratung	420 min / Erstes Jahr 270 min / Folgejahr 1-2 / Jahr 1-2 / Jahr 1-4 / Jahr 1-4 / Jahr 1-4 / Jahr	200 min / Erstes Jahr 120 min / Folgejahr 1-2 / Jahr 1-2 / Jahr 1-4 / Jahr 1-4 / Jahr 1-4 / Jahr

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum der Verordnung _____
E-mail _____

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer) (Bilddatei auswählen)