

VERORDNUNGSFORMULAR

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

Erstverordnung
 Wiederholungs-VO
 MiGeL KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Adresse _____ Invalidenversicherung Ja Nein
 PLZ/Ort _____ ID-Nummer _____
 Telefon _____ Versicherungs-Nr. _____
 Mobil _____ Krankenversicherer _____

Gesuch Erstgerät/Erstverordnung Zweitgerät
 Gerätewechsel
 Gerät Alter > 5 Jahre Defekt

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: Zusatzdiagnose Code:

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

C) Angaben zur Heimventilation nicht invasiv invasiv

Beatmungsdauer nachts verordnete Anzahl Std. 24 h ununterbrochen
 nachts und partiell tagsüber Anzahl Std. Behandlungsbeginn

Gerät: Marke, Modell _____ Serien-Nr. _____

MiGeL-Position _____

Behandlungsbeginn (Spitarentlassung) _____

Befeuchter/Zubehör integriert separat **Maske**
 Marke, Modell _____ Grösse _____

Lieferant

Diverses ext. Batterie Fernalarmkabel Gerätekofter Halterung Kinnband
 Kopfhaut O₂-Adapter Ständer klimatisiertes Schlauchsystem

Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional) ja (siehe Seite 2)

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

(gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH/Versicherer)

<p>Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsfomular 6 auszufüllen.</p>	<p>Atemstörung im Schlaf Erstes Jahr: 200 Minuten Folgejahre: 120 Minuten</p>	<p>Ventilatorische Insuffizienz Erstes Jahr: 420 Minuten Folgejahre: 270 Minuten</p>
--	--	---

E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin

Zuständiger Arzt/Ärztin _____ Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer _____
 Verordnender Arzt/Ärztin _____
 Datum der Verordnung _____
 Hausarzt _____
 Pneumologe für Nachkontrollen _____

Verordnung senden an Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
 Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for providing additional information related to the indication and care of the patient.

*Diese Zusatzinformationen können das Kostengutsprache gesuch gegenüber dem Vertrauensarzt unterstützen und das Betreuungsteam in der fachgerechten Unterstützung des Patienten helfen