



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 Neuropathien	<input type="checkbox"/> 40 Primäre alveoläre Hypoventilation
<input type="checkbox"/> 11 Hohe Querschnittslasion	<input type="checkbox"/> 41 Kongenital
<input type="checkbox"/> 12 Amyotrophe Lateralsklerose	<input type="checkbox"/> 42 Late onset
<input type="checkbox"/> 13 Bilaterale Zwerchfelllahmung	<input type="checkbox"/> 50 Adiopositas-Hypoventilationssyndrom
<input type="checkbox"/> 14 Post-Polio-Syndrom	<input type="checkbox"/> 60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten
<input type="checkbox"/> 15 Spinale Amyotrophien	<input type="checkbox"/> 61 Fortgeschrittene stabile COPD
<input type="checkbox"/> 20 Myopathien	<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 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom
<input type="checkbox"/> 23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien	<input type="checkbox"/> 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
<input type="checkbox"/> 30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge	<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 Pflegeunterstutzung ... zu Hause mit Pflegeunterstutzung

... 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"/>
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät bi-level atemgesteuert (14.12.01.00.1. resp. 14.12.01.00.2)	
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät bi-level volumen-/zeitgesteuert (14.12.02.00.1. resp. 14.12.02.00.2)	
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert (14.12.03.00.1. resp. 14.12.03.00.2)	
<input type="checkbox"/> Miete	<input type="checkbox"/> Kauf

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"/> Kopfhaube	<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"/> Imtmedical AG
	<input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="checkbox"/> Lungenliga Schweiz	<input type="checkbox"/> Megamed AG
	<input type="checkbox"/> PanGas AG	<input type="checkbox"/> Philips AG, Respirationics	<input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG
	<input type="checkbox"/> Sleep & Health 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		
<input type="text"/>		
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

Rechtsträger für Grundversicherung nach KVG: CSS Kranken-Versicherung AG, INTRAS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG
Rechtsträger für Versicherung nach VVG: CSS Versicherung AG, INTRAS Versicherung AG
Rechtsträger für Unfallversicherung nach UVG: CSS Versicherung AG