

## Verordnung für mechanische Heimventilation

**Patient** (bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

Invalidenversicherung  Ja  Nein

PLZ, Ort

ID-Nummer

Telefon

Vers.-Nr.

Mobile

Krankenversicherer

**Gesuch**

Erstgerät/Erstverordnung  
 Zweitgerät

Gerätewechsel:

Gerät:  Alter > 5 Jahre  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 Lungenerkrankungen  
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**

nicht invasiv

invasiv

**Beatmungsdauer**

nachts verordnete Anzahl Std. \_\_\_\_\_

24h ununterbrochen

nachts + partiell tagsüber Anzahl Std. \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn

Der Patient lebt ...

zu Hause ohne Pflegeunterstützung

zu Hause mit Pflegeunterstützung

in Pflegeinstitution

**Gerät:** Marke, Modell

Serien-Nr.

MiGeL-Position

Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)

**Befeuchter/Zubehör**

integriert

separat

**Maske**

Marke, Modell:

Grösse

**Lieferant**

Homecare Medical GmbH  
 Pan Gas AG  
 ResMed Schweiz AG  
 Löwenstein Medical Schweiz AG  
 Megamed AG

Philips AG, Respirationics  
 Sleep & Health AG  
 SOS Oxygène SA

**Betreuung**

Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause

Ja

Nein

Betreuung zu Hause durch:

**Zuständige Ärzte/Ärztinnen**

Verordnender Arzt/Zentrum

ZSR Nr.

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

X

Hausarzt

Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrolle

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