

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

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

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 Pflegeunterstützung
 ... zu Hause mit Pflegeunterstützung

... 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

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:
Sanagate AG, Vertrauensärztlicher Dienst, Postfach 3816, 6002 Luzern, vad@sanagate.ch

Rechtsträger für Grundversicherung nach KVG: Sanagate AG
Rechtsträger für Versicherung nach VVG: CSS Versicherung AG