

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Von behandelndem Pneumologen auszufüllen:

Erstverordnung

Wiederholung

Patient (bitte vollständig ausfüllen)

Sprache DE FR IT

Name, Vorname Geburtsdatum

Strasse/Nr. Invalidenversicherung Ja Nein

PLZ/Ort ID-Nummer

Telefon Mobile

Versicherungs-Nr. Krankenversicherer

Gesuch Erstgerät/Erstverordnung Zweitgerät

Gerätewechsel Alter > 5 Jahre defekt

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 34 Posttraumatische Veränderungen</p>	<p>40 Primäre alveoläre Hypoventilation 41 kongenital 42 late onset</p> <p>50 Adipositas-Hypoventilations-syndrom</p> <p>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten</p>	<p>61 fortgeschrittene stabile COPD 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>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Angaben zur Heimventilation

nicht invasiv

invasiv

Beatmungsdauer: nachts verordnete Anzahl Std.: 24h ununterbrochen

nachts und partiell tagsüber, Anzahl Std.: Behandlungsbeginn:

Gerät: (Marke, Modell) Serien-Nr.

MiGeL-Position

Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)

Befeuchter/Zubehör integriert separat Maske

Modell und Seriennummer Grösse

Lieferant

Diverses ext. Batterie Fernalarmkabel Gerätekofter Halterung Kinnband

Kopfhaube O₂-Adapter Ständer klimatisiertes Schlauchsystem

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

Verordnung Beratung/Pflege, ambulant oder zu Hause

Ja

Nein

Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Zuständiger Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin Datum der Verordnung

Hausarzt Pneumologe für Nachkontrollen

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer