

SVK  
Abteilung VENT  
Postfach  
Mutenstrasse 3  
4502 Solothurn

## SVK 5 Nicht invasive und invasive Heimventilation Gesuch und Bestellung Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

### Gesuch

---

#### Korrespondenz E-Mail Adresse

Benachrichtigungen und Informationen zur Verarbeitung dieses Online-Formulars, werden über diese E-Mail Adresse erfolgen.

#### Gesuch

Erstgerät/Erstverordnung  Zweitgerät  Gerätewechsel

Alter > 5 Jahre  Defekt

Bitte um Nachlieferung eines Konsignationsgerätes durch den Lieferanten

Ja  Nein

# Patient

## Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Männlich  Weiblich

Sprache

Deutsch  Französisch  Italienisch

Adresse

Postfach

PLZ

Ort

Land

Schweiz

Telefon

E-Mail

Krankenversicherer

Versicherungsnummer

## Diagnose

Hauptdiagnose Code:

Zusatzdiagnose Code:

### 10 Neuropathien

- 11 Hohe Querschnittsläsion
- 12 Amyotrophe Lateralsklerose
- 13 Bilaterale Zwerchfelllähmung
- 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 Posttraumatischen Veränderungen

99 Andere

### 40 Primäre alveoläre Hypoventilation

- 41 kongenital
- 42 late onset

### 50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom

### 60 Hypoventilation bei obstruktiven

#### Lungenkrankheiten

- 61 fortgeschrittene stabile COPD
- 62 Bronchiektasen
- 63 Zystische Fibrose

### 70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom\*

- 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom
- 72 Cheyne-Stoke-Atmung\*

\*kw: neue Limitierung ab 18.05.2015

Angaben zur Heimventilation

nicht invasiv  invasiv

Beatmungsdauer

nachts  nachts + partiell tagsüber  24h ununterbrochen

Anzahl Stunden

Behandlungsbeginn

## Beatmung und Einstellung

---

Modus

- Bi-Level PAP-ST
- PSV
- PCV
- VCV
- CS/ASV
- In,-Exsufflation
- Bi-Level-PAP-S

## Diagnostik und Therapie-Erfolg

---

Wir bitten Sie um Angaben zur Indikation, Diagnostik, Therapieeinstellung und den Therapieerfolg. Diese Angaben können direkt in den Freitext (strukturiert) oder als Bericht in Anhängen gemacht werden. Sie sind nur den Experten der AG Heimventilation zugänglich.

### Angaben zur Indikation, Therapieeinstellung und Therapieerfolg

Körpergewicht (kg)

Grösse (cm)

BMI

VC (%soll)

FEV1 (%soll)

Berichte:

Im Bericht muss zwingend die Indikation/Diagnostik/Therapieeinstellung (inkl. Geräteeinstellung)/Therapieerfolg ersichtlich sein.

Auswahlmöglichkeit für Freitext:

Word Bericht oder PDF Bericht:

Word Bericht oder PDF Bericht:

## Betreuung

---

Anordnung für die Beratung und Betreuung durch Home Care Provider. (Erneuert sich jährlich bis auf Widerruf)

Ja  Nein

Gewünschter Home Care Provider angeben

**SOS OXYGENE SA**

Ich übernehme die Beratung des Patienten selber

Ja  Nein

Datum der Verordnung

Verordnender Arzt/Pneumologe

Zentrum

E-Mail

## Bestellung/Verordnete Geräte

Verordnetes Gerät

### Geräte aus MiGeL-Position 14.12.01.00.1

DreamStation BiPAP Auto  i Sleep 22  Lumis 100 VPAP S  prisma25S  S9 V-Auto

### Geräte aus MiGeL-Position 14.12.02.00.1

DreamStation BiPAP AVAPS 30  BiPAP A40  iSleep 25  Lumis 150 VPAP ST-A  prisma30ST  Sleepcube  
 Stellar 150  Prisma VENT50  Prisma VENT40  Vivo 30  Vivo 40

### Geräte aus MiGeL-Position 14.12.03.00.1

Astral 150  Bellavista  Breas PV 403 iB  Monnal T50  PB560  Trilogy 100  VENTIllogic LS/plus  Vivo 50  
 Vivo 60

### Spezialgeräte

AirCurve 10CS PaceWave  DreamStation BiPAP AutoSV  prismaCR  EO-150

Kombinierbare Zusatzgeräte

Cough assist E70 (Megamed)  Cough assist E70 (Philips AG Healthcare)

Besonderheiten

Seriennummer Gerät

Befeuchter Modell

Maskensystem Modell

Grösse

Diverses

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