

# 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><b>10 Neuropathien</b></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><b>20 Myopathien</b></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><b>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b></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><b>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</b></p> <p><input type="checkbox"/> 41 Kongenital</p> <p><input type="checkbox"/> 42 Late onset</p> <p><b>50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom</b></p> <p><b>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenerkrankungen</b></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><b>70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom</b></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"/> 14.11.03.00.2 Servoventilations-Gerät mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	
<input type="checkbox"/> 14.11.04.00.2 Bi-Level PAP Gerät im Spontanmodus mit Befeuchtungssystem und Wartung inkl. Wartungsmaterial, Miete	
<input type="checkbox"/> 14.12.02.00.2 Beatmungsgerät bi-level, atem- und zeitgesteuert, Miete	
<input type="checkbox"/> 14.12.03.00.2 Beatmungsgerät volumen-/zeitgesteuert, Miete	

**Befeuchter/Zubehör**  Integriert  Separat

<b>Spezialzubehör</b>	<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"/> Kopfhäube	<input type="checkbox"/> O2 Adapter	<input type="checkbox"/> Ständer
	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>	

<b>Lieferant</b>	<input type="checkbox"/> Dräger Medical	<input type="checkbox"/> Homecare Medical GmbH	<input type="checkbox"/> Kantonale Lungenliga
	<input type="checkbox"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="checkbox"/> Philips AG, Respironics	<input type="checkbox"/> ResMed Schweiz AG
	<input type="checkbox"/> SOS Oxygène SA	<input type="checkbox"/> VitalAire Schweiz 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"/>	
Hausarzt	Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrolle	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Einsenden an:  
CSS, Vertrauensärztlicher Dienst, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, HIN-Adresse: avd.d@css.ch

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