

# 5 Verordnungsformular

Nicht invasive & invasive Heimventilation

- Erstverordnung  
 Wiederholungs-Verordnung  
 MiGel     KLV 7

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname	_____	Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> IV
Geschlecht	_____	Krankenkasse	_____		
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____		
Telefon	_____	Kartenummer	_____		
Mobile	_____	Adresse	_____		
E-Mail	_____	PLZ/Ort	_____		

## B) Diagnose

Bitte Code auswählen:

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

## C) Angaben zur Heimventilation

nicht-invasiv     invasiv

- 14.11.03.00.2 – Servoventilation mit Befeuchtung  
 14.12.02.00.2 – BIPAP ST Heimbeatmungsgerät zur Atemunterstützung bei Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete  
 14.12.03.00.2 – Life Support Heimbeatmungsgerät für dauernd vom Gerät abhängige Personen mit ventilatorischer Insuffizienz, Miete

**Gesuch**     Erstgerät / Verordnung     Zweitgerät

### Gerät

Gerätemodell \_\_\_\_\_

Nasal-Maske \_\_\_\_\_

Vollgesichts-Maske \_\_\_\_\_

**Gerätewechsel**     Alter > 5 Jahre     Defekt

### Beatmungsdauer

nachts     nachts und tagsüber     24 Std.

Anzahl Stunden \_\_\_\_\_

Therapie Start Datum \_\_\_\_\_

Jahreskontrolle \_\_\_\_\_

### Parameter

### Bemerkungen

**Zubehör**     ext. Batterie     Befeuchter (seperat)     Rollständer     Beheiztes Schlauchsystem  
 Gerätekofter     Fernalarmkabel     Sonstiges \_\_\_\_\_

## D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja     Nein

### Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion

#### Richtwert in Minuten

- Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung
- Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.
- Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)

400 min / Erstes Jahr  
200 min / Folgejahr

10901 Erstassessment

10902 Reassessment

10904 Pflege Planung

10906 Pflegebedarfsbestimmung

10907 Ärztliche Konsultation

10909 Pflegeanleitung/ Beratung

1-2 / pro Jahr

1-2 / pro Jahr

1-4 / pro Jahr

1-4 / pro Jahr

1-4 / pro Jahr

## E) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)