

5 Verordnungsf formular

Nicht invasive & invasive Heimventilation

- ☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungs-Verordnung
☐ MiGel ☐ KLV 7



VIVISOL
Home Care Services

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname	Kostenübernahme	☐ Krankheit	☐ Unfall	☐ IV
Geschlecht	Krankenkasse			
Geburtsdatum	AHV-Nr.			
Telefon	Kartennummer			
Mobile	Adresse			
E-Mail	PLZ / Ort			

B) Diagnose

Bitte Code auswählen:

10 Neuropathien 11 Hohe Querschnittsläsion 12 Amyotrophe Lateralsklerose 13 Bilaterale Zwerchfellähmung 14 Post-Polio-Syndrom 15 Spinale Amyotrophien	23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien 30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge 31 Kyphoskoliosen 32 Narbige Pleuraveränderungen 33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen 34 Posttraumatische Veränderungen	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 99 unklar/andere
---	---	---	---

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

1. Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung
2. Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.
3. Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsf formular 6 auszufüllen.

Atemstörung im Schlaf

Erstes Jahr: 200 Minuten
Folgejahre: 120 Minuten

Ventilatorische Insuffizienz

Erstes Jahr: 420 Minuten
Folgejahre: 270 Minuten

E) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung

E-Mail

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)