

# 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

### 10 Neuropathien

- 11 Hohe Querschnittsläsion
- 12 Amyotrophe Lateralsklerose
- 13 Bilaterale Zwerchfellähmung
- 14 Post-Polio-Syndrom
- 15 Spinale Amyotrophien

### 20 Myopathien

- 21 M. Duchenne
- 22 Myotonische Dystrophie

Hauptdiagnose Code:

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

Zusatzdiagnose Code:

### 40 Primäre alveoläre Hypoventilation

- 41 kongenital
- 42 late onset

### 50 Adipositas-Hypoventilations-syndrom

### 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:

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  O<sub>2</sub>-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: \_\_\_\_\_