

Musterverordnungen Mechanische Heimventilation

VERORDNUNGSFORMULAR
Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendung für alle Nicht-SVK-Versicherer

Erstverordnung ☐ Wiederholungs-VO ☐

MIgEL ☐ KLV 7 ☐

5 LUNGE ZÜRICH
HBL informiert. Wskt.

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____ Invalidenversicherung ☐ Ja ☐ Nein
PLZ/Ort _____ ID-Nummer _____
Telefon _____ Versicherungs-Nr. _____
Mobil _____ Krankenversicherer _____

Gesuch ☐ Erstgerät/Erstverordnung ☐ Zweitgerät ☐ Gerätewechsel ☐ Alter > 5 Jahre ☐ Defekt

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: _____ Zusatzdiagnose Code: _____

10 Neuropathien 23 Angeborene, metabolische, 34 Posttraumatische Veränderungen 62 Bronchiektasen
11 Hohe Querschnittsläsion 24 Angeborene Myopathien 40 Primäre alveolare Hypoventilation 63 Zystische Fibrose
12 Amyotrophe Lateralsklerose 25 Erkrankungen von Skelett, 41 Isogenital 64 Zystisches Schilddrüsen-
13 Bilaterale Zwerchfelllähmung 26 Pleura und Lunge 42 Isoliert 65 Zystisches Schilddrüsen-
14 Post-Polio-Syndrom 27 Kyphoskoliose 43 Isoliert 66 Komplexes Schlaf-
15 Spinaler Amyotrophie 28 Narkotische Pleuraerkrankungen 44 Hypoventilation bei obstruktiven 67 Apnoe-Syndrom
16 Myopathien 29 S. n. ausgeprägten 45 Lungenemphyse 68 Chronische Stenose-
20 Myopathien 30 S. n. ausgeprägten 46 Lungenemphyse 69 Chronische Stenose-
21 M. Duchenne 31 S. n. ausgeprägten 47 Lungenemphyse 70 Chronische Stenose-
22 Myotische Dysplasie 32 S. n. ausgeprägten 48 Lungenemphyse 71 Chronische Stenose-
33 S. n. ausgeprägten 49 Lungenemphyse 72 Chronische Stenose-
50 Lungenemphyse 51 fortgeschrittene stabile COPD 99 unklare

C) Angaben zur Heimventilation ☐ nicht invasiv ☐ invasiv

Bestimmungsdauer ☐ nachts verordnete Anzahl Std. ☐ 24 h ununterbrochen
☐ nachts und partiell tagsüber Anzahl Std. ☐ Behandlungsbeginn

Gerät: Marke, Modell _____ Serien-Nr. _____
MIgEL-Position _____
Behandlungsbeginn (Spitalentlassung) _____

Befeuchter/Zubehör ☐ integriert ☐ separat **Maske** _____
Marke, Modell _____ Grösse _____

Lieferant _____

Diverses ☐ ext. Batterie ☐ Fernalarmkabel ☐ Gerätekoffer ☐ Halterung ☐ Kinnband
☐ Kopfhaut ☐ O₂-Adapter ☐ Ständer ☐ klimatisiertes Schlauchsystem

Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional) ☐ ja (siehe Seite 2) ☐ nein

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause ☒ Ja ☐ Nein

gemäss Zusatzverordnung LUNGE ZÜRICH (Versicherung)

Richtwert in Minuten
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.
(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin

Zuständiger Arzt/Ärztin _____ Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer _____
Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt _____
Pneumologe für Nachkontrollen _____

Verordnung senden an: Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

B) Diagnose gemäss Codeliste unbedingt angeben.

C) Zusatzinformationen auf der zweiten Seite ergänzen.

D) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause»: Ja, zur Adhärenzüberprüfung und Beratung im Zusammenhang mit Therapie und Krankheit durch LUNGE ZÜRICH.

Download:

www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare

SVK-Krankenversicherer

Das Verordnungsformular für die SVK-Krankenversicherer ist nur online verfügbar.

Online-Formular SVK:

www.svk.org/kostengutspracheformulare

Liste der SVK-Versicherer:

www.svk.org/portrait/kunden-des-svk

SVK
Schweizerischer Verband für Gesundheitsleistungen der Krankenversicherer
Fédération suisse pour l'achat commun des services médicaux
Federazione italiana per l'acquisto comune degli servizi medici

SVK
Abteilung VENT
Postfach
Mattenstrasse 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 Konfigurationsgerätes durch den Lieferanten
☐ Ja ☐ Nein