

VERORDNUNGSFORMULAR

Nicht invasive und invasive Heimventilation

Anwendbar für alle Nicht-SVK-Versicherer.

Erstverordnung ☐
Wiederholungs VO ☒

MiGeL ☒



A) Patient (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	«PatientName» «PatientVorname»	Geburtsdatum	«PatientGeb»
Adresse	«PatientAdresse»	Invalidenversicherung	☐ Ja ☐ Nein
PLZ/Ort	«PatientPlz» «PatientOrt»	ID-Nummer	_____
Telefon	«PatientTel»	Versicherungs-Nr.	«VersNr»
Mobil	«PatientMobil»	Krankenversicherer	«Versicherer»
Gesuch	☐ Erstgerät/Erstverordnung ☐ Zweitgerät	Gerätewechsel	Gerät ☐ Alter > 5 Jahre ☐ Defekt

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: «VOHauptDiagnose» Zusatzdiagnose Code: «VOSekDiagnose»

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 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 alveolare 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

Beatmungsdauer	«anwendung_angeordnete-therapiezeit»	«anwendung_anzahl-stunden»
Gerät: Marke, Modell	«Geraet-Bezeichnung»	
MiGeL-Position	«Geraet-MiGeL-Code»	
Behandlungsbeginn (Spitarentlassung)	«Therapiestart»	
Befeuchter/Zubehör	Masken	
Marke, Modell	«MHV_Befeuchter»	
Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional) ☐ ja (siehe Seite 2)		

D) Verordnung Beratung ambulant oder zu Hause

☐ Ja ☐ Nein

E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin

Zuständige/r Ärztin/Arzt	_____	Stempel/Unterschrift
Verordnende/r Ärztin/Arzt	«VOarztName» «VOarztVorname» «VOarztZusatzzeile»	
Datum der Verordnung	«Wiederholungsdatum»	
Hausärztin/Hausarzt	«PatientHausarzt»	
Pneumologin/Pneumologe für Nachkontrollen	_____	

ZSR-Nummer: «VOZsr»

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

*Diese Zusatzinformationen können das Kostengutsprache gesuch gegenüber dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin unterstützen und das Betreuungsteam in der fachgerechten Unterstützung des Patienten oder der Patientin helfen