

## Verordnung für mechanische Heimventilation

<b>Patient</b> (bitte vollständig ausfüllen)	Vorname Name	_____
	Strasse Nr.	_____
	PLZ Ort	_____
	Telefon	Mobile _____
	Geburtsdatum	_____
	Invalidenversicherung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	ID-Nummer	_____
	Versicherten-Nr.	_____
	Krankenversicherer	_____

<b>Gesuch</b>	<input type="radio"/> Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel: _____
	<input type="radio"/> Zweitgerät	Gerät: <input type="radio"/> Alter > 5 Jahre <input type="radio"/> Defekt

<b>Diagnose</b> Codierung für die Indikationen zur Beatmung zu Hause	Hauptdiagnose Code:	Zusatzdiagnose Code:
	_____	_____

**10 Neuropathien**

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

**20 Myopathien**

- 21 M. Duchenne
- 22 Myotonische Dystrophie
- 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:**

<b>Angaben zur Heimventilation</b>	<input type="radio"/> nicht invasiv	<input type="radio"/> invasiv
<b>Beatmungsdauer</b>	<input type="radio"/> nachts verordnete Anzahl Std.:	<input type="radio"/> 16 Std. ununterbrochen
	<input type="radio"/> nachts + partiell tagsüber Anzahl Std.:	<input type="radio"/> Behandlungsbeginn
<b>Der Patient lebt ...</b>	<input type="radio"/> zu Hause ohne Pflegeunterstützung	<input type="radio"/> in Pflegeinstitution
	<input type="radio"/> zu Hause mit Pflegeunterstützung	
<b>Gerät (Marke, Modell)</b>	Serien-Nr.: _____	
<b>MiGeL-Position</b>	_____	
<b>Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)</b>	_____	
<b>Befeuchter/Zubehör</b>	<input type="radio"/> integriert <input type="radio"/> separat	Maske: _____
	Marke, Modell: _____	Grösse: _____

<b>Lieferant</b>	<input type="radio"/> Homecare Medical GmbH <input type="radio"/> ResMed Schweiz AG <input type="radio"/> Löwenstein Medical Schweiz AG	<input type="radio"/> Philips AG, Resironics <input type="radio"/> VitalAire Schweiz AG <input type="radio"/>
<b>Betreuung</b>	Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Zuständige Ärzte/Ärztinnen</b>	Betreuung zu Hause durch:	
<b>Verordnender Arzt/Ärztin/ Zentrum</b>	ZSR Nr.	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin	
Hausarzt/Hausärztin		
Verantwortlicher Pneumologe/Pneumologin für Nachkontrolle		

Bitte senden Sie dieses Formular an:  
Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich oder per E-Mail an [info@helsana.ch](mailto:info@helsana.ch).