Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG.

Helsana

Verordnung für mechanische Heimventilation

Patient
(bitte vollständig ausfüllen)

Vorname Name	
Strasse Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	Mobile
Geburtsdatum	
Invalidenversicherung	○ Ja ○ Nein
ID-Nummer	
Versicherten-Nr.	00000000
Krankenversicherer	

Gesuch

○ Erstgerät/Erstverordnung	Gerätewechsel:
○ Zweitgerät	Gerät: ○ Alter >5 Jahre ○ Defekt

Diagnose
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:

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

2608_Form_Word_Verordnung_Heimventilation_DE

Lieferant	○ Homecare Medical GmbH ○ ResMed Schweiz AG ○ Löwenstein Medical Schweiz AG	○ Philips AG, Respironics ○ Vivisol Schweiz AG ○
Betreuung	Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause	○ Ja ○ Nein
	Betreuung zu Hause durch:	
Zuständige Ärzte/Ärztinnen		
Verordnender Arzt/Ärztin/ Zentrum		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**.