

Anleitung

Bitte das Formular ausfüllen:

Bereich A – Patienteninformationen (Name, Adresse, Tel.-Nr., Versicherungsinformationen: wichtig für eine zügige Bearbeitung des Antrages).

Bereich B – Diagnose (Begründung, warum Patient eine LifeVest benötigt). Bitte unbedingt die voraussichtliche Tragedauer. Bitte ebenfalls die gewünschten Geräteeinstellungen eintragen

Bereich C – Information zum verordnenden Arzt. Verordner muss unterschreiben und **Datum** angeben.

Bereich D – Weiterführende Informationen und Begründung für Verordnungsdauer > 30 Tage (Kostengutsprache gesuch)

- Ausgefülltes Formular umgehend faxen an: Fax-Nr.: 0800 820061.
- Aktuellen ärztlichen Bericht beilegen.
- Original wird vom ZOLL CMS Mitarbeiter bei Versorgung abgeholt.
(Original-Folgeverordnung bitte per Post an ZOLL Medical Switzerland AG, Bahnhofstrasse 20, 6300 Zug versenden).

Indikationen laut MiGeL Eintrag vom 1. Januar 2019:

Die LifeVest ist indiziert

- als vorübergehende Therapiemassnahme, wenn eine Implantation eines implantierbaren kardioverten Defibrillators (ICD) nicht sofort möglich ist
- bei Patienten mit einer geplanten Herztransplantation
- bei Patienten mit hohem Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand, insbesondere bei ventrikulärer Dysfunktion
- bei Patienten mit Kardiomyopathie
- bei Patienten mit Status nach Myokardinfarkt
- bei Patienten mit Myokarditis
- bei Patienten mit nach chirurgischer oder perkutaner Revaskularisierung
- bei Patienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) < 35%
- Bitte beachten Sie: Bei einer Verordnungsdauer, die 30 Tage überschreitet, ist zusätzlich ein Kostengutsprache gesuch erforderlich (Seite 2 des Ordnungsformulars).

Ärztliche Verordnung / Antrag auf Kostenübernahme

MiGeL Positionsnummer 09.03.01.00.2

Tel / Fax: 0800 820 061

Tragbarer Kardioverter-Defibrillator LifeVest

| Bereich A: Patienten- und Versicherungsinformationen | | | | |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------|
| Patient Nachname | | | Name Krankenversicherung | Kassen-Nr. |
| Patient Vorname | | | Versicherten-Nr. | Status |
| Strasse, Hausnummer | | | Ort / ggf. Telefonnummer KV | Gültig bis |
| PLZ | Stadt | Kanton | Anderer Kostenträger | |
| Geburtsdatum | Hauptsprache (DE, FR, IT) | Telefonnummer Patient | Kontaktinfos anderer Kostenträger | |

Bereich B: Diagnose und Begründung für Verordnung des Hilfsmittels (1, 2, 3, und 4 bitte auswählen)

1. Gründe für das Risiko eines Plötzlichen Herztodes:

Plötzlicher Herzstillstand aufgrund Kammerflimmern (VF) oder anhaltender ventrikulärer Tachykardien VT (spontan oder induziert), nicht in Verbindung mit einem Infarkt (>48 Stunden nach MI).

Familiäre bzw. vererbte Disposition mit hohem Risiko für lebensbedrohliche ventrikuläre Tachyarrhythmien, z.B. Long QT Syndrom oder hypertrophe Kardiomyopathie.

EF (Ejektionsfraktion) ≤ 35%: < _____

Bereits implantierter Defibrillator (ICD) muss/musste explantiert werden

Oben nicht spezifiziertes hohes Risiko für lebensbedrohliche Tachyarrhythmien (VT/VF)
Beschreibung: _____

2. ICD-Implantation nicht sofort möglich:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Status nach Myokardinfarkt [40 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implantation] | <input type="checkbox"/> Geplante Herztransplantation |
| <input type="checkbox"/> Geplante oder kürzlich durchgeführte chirurgische Revaskularisierung (ACVB) [90 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implant.] | <input type="checkbox"/> ICD-Implantation verschoben bzw. nicht möglich auf Grundakuter Infektion, Myokarditis, intra-ventrikulärer Thrombus |
| <input type="checkbox"/> Geplante oder kürzlich durchgeführte perkutane Revaskularisierung PTCA [90 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implant.] | <input type="checkbox"/> Bei bestehender ICD-Indikation operativer Eingriff kontraindiziert |
| <input type="checkbox"/> Kürzlich diagnostizierte Nicht-Ischämische Kardiomyopathie [90 Tage+ Wartezeit bis zur ICD-Implantation] | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz NYHA Klasse IV |
| <input type="checkbox"/> Dilatative Kardiomyopathie (DCM) mit vermuteter Besserung der Herzleistung | <input type="checkbox"/> Andere Gründe (bitte beschreiben): _____ |

3. Voraussichtliche Verordnungsdauer (bitte ankreuzen):

3 Monate 2 Monate 1 Monat Andere: _____ Folgeverordnung

4. Geräte Einstellungen (bitte Werte in Kästchen eintragen):

| | | | | |
|---|---|---|-------------|--|
| VT Schwellenwert Herzfrequenz Voreinstellung: 150 (Abstufung je 10) | VF Schwellenwert Herzfrequenz Voreinstellung: 200 (Abstufung je 10) | Schockenergie (Joule) Max. / Voreinstellung: 150 (Abstufung je 25) | ODER | Bitte Schockenergie für alle 5 Entladungen angeben 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ (Abstufung je 25 zwischen 75J-150J) |
|---|---|---|-------------|--|

Begründung: Patient hat ein ernsthaftes Risiko einen plötzlichen Herzstillstand zu erleiden, der tödlich enden, neurologische Schädigungen oder andere wesentliche Erkrankungen verursachen kann. Das HILFSMITTEL muss kontinuierlich - ausgenommen beim Baden/Duschen - getragen werden, damit der Herzrhythmus ständig überwacht wird und bei auftretenden symptomatischen Tachykardien unverzüglich ein Elektroschock abgegeben werden kann.

Bereich C: Verordnender Arzt und Kontaktinformationen

| | | | |
|---|--|-----|--------|
| Name Klinikum | Strasse Klinikum / ärztl. Praxis | | |
| Name behandelnder Arzt | PLZ | Ort | Kanton |
| Funktion behandelnder Arzt | Telefonnummer Arzt/..... | | |
| Zahlstellenregister-Nr (ZSR-Nr.) / Global-Location-Number (GLN-Nr.) | Faxnummer Arzt/..... | | |
| Krankenhaus IK-Nummer | Station / Gebäude / Zimmer-Nr. | | |
| Ansprechpartner bei Rückfragen | Telefonnummer Ansprechpartner/..... | | |
| Geplantes Entlassungsdatum: (sofern Patient derzeit stationär behandelt) | (Klinik/Praxisstempel) | | |
| Ich beantrage eine Kostenübernahme des verordneten Hilfsmittels und entbinde den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber dem Kostenträger. | | | |
| X(Datum, Unterschrift Patient) | | | |
| X(Datum, Unterschrift Arzt) | | | |

Bereich D: Antrag auf Kostengutsprache einer Folgeverordnung einer Defibrillatorweste (LifeVest) über 30 Tage hinaus **ICD-Explantation**

- ICD-Indikation weiterhin gegeben
- Infektion noch nicht vollständig abgeklungen
oder
- Reimplantation ist aus anderem Gründen noch nicht möglich
Anderer Grund:

 Wartezeit bis zur Herztransplantation

- Hohes Risiko für einen PHT während der Wartezeit gegeben
- ICD-Implantation ist nicht möglich oder nicht sinnvoll

 Verzögerung einer ICD-Implantation

- Indikation zur ICD-Implantation ist nach Leitlinien gegeben
- Implantation ist zurzeit nicht durchführbar
Grund:

 Ventrikuläre Dysfunktion, Kardiomyopathie, Myokarditis

- LVEF \leq 35 %
- Ursache der Dysfunktion behandelbar oder ausheilbar
- Aussicht auf Verbesserung der Herzfunktion
- Herzinsuffizienzmedikation eingeleitet

 Myokardinfarkt

- LVEF \leq 35 %
und
- Herzinsuffizienzmedikation eingeleitet
- Aussicht auf Verbesserung der Herzfunktion
- Mindestwartezeit von 40 Tagen/6 Wochen noch nicht überschritten
(Nach ESC-Leitlinien empfohlene Wartezeit bis zu einer möglichen ICD-Implantation: mindestens 40 Tage)
- Wartezeit überschritten aber Tendenz der Verbesserung der LVEF über die Grenze von 35% und damit Verlust der Notwendigkeit einer ICD-Implantation wahrscheinlich

 Vor oder nach Revaskularisierung (PCI oder Bypass)

- LVEF \leq 35 %
und
- Aussicht auf Verbesserung der Herzfunktion
- Empfohlene Wartezeit noch nicht überschritten
(Nach ESC-Leitlinien empfohlene Wartezeit bis zu einer möglichen ICD-Implantation: bis zu 3 Monate, Priori et al. 2015)
- Wartezeit überschritten aber weiterhin Tendenz zur Überschreitung der LVEF-Grenze von 35% und damit Verlust der Notwendigkeit einer ICD-Implantation wahrscheinlich

 Sonstiges hohes Risiko für einen Plötzlichen Herztod

Begründung des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt und Klinik-/Praxisstempel