

## 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:
	_____	_____

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>10 Neuropathien</b><br/>11 Hohe Querschnittsläsion<br/>12 Amyotrophe Lateralsklerose<br/>13 Bilaterale Zwerchfelllähmung<br/>14 Post-Polio-Syndrom<br/>15 Spinale Amyotrophien</p> <p><b>20 Myopathien</b><br/>21 M. Duchenne<br/>22 Myotonische Dystrophie<br/>23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien</p> <p><b>30 Erkrankungen von Skelett, Pleura und Lunge</b><br/>31 Kyphoskoliosen<br/>32 Narbige Pleuraveränderungen<br/>33 St. n. ausgedehnten Lungenresektionen<br/>34 Posttraumatische Veränderungen</p> | <p><b>40 Primäre alveoläre Hypoventilation</b><br/>41 kongenital<br/>42 late onset</p> <p><b>50 Adipositas-Hypoventilationssyndrom</b></p> <p><b>60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten</b><br/>61 fortgeschrittene stabile COPD<br/>62 Bronchiektasen<br/>63 Zystische Fibrose</p> <p><b>70 Zentrales Schlaf-Apnoe-Syndrom</b><br/>71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom<br/>72 Cheyne-Stoke-Atmung</p> <p><b>99 unklar/andere:</b></p> |
|--|---|

<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).