

## Verordnung für mechanische Heimventilation

**Patient** (bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

Invalidenversicherung  Ja  Nein

PLZ, Ort

ID-Nummer

Telefon

Vers.-Nr.

Mobile

Krankenversicherer

**Gesuch**

Erstgerät/Erstverordnung  
 Zweitgerät

Gerätewechsel:

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 Zwerchfellähmung
- 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 Lungenerkrankungen
- 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. \_\_\_\_\_

24h ununterbrochen

nachts + partiell tagsüber Anzahl Std. \_\_\_\_\_

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

**Lieferant**

- Homecare Medical GmbH
- Pan Gas AG
- ResMed Schweiz AG
- Löwenstein Medical Schweiz AG
- Megamed AG

- Philips AG, Respirationics
- Sleep & Health AG
- SOS Oxygène SA
- 

**Betreuung**

Anordnung für die Beratung und Betreuung zu Hause

Ja

Nein

Betreuung zu Hause durch:

**Zuständige Ärzte/Ärztinnen**

Verordnender Arzt/Zentrum

ZSR Nr.

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

X

Hausarzt

Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrolle

Bitte senden Sie dieses Formular an: Helsana-Gruppe, Postfach, 8081 Zürich.