

# Musterverordnungen Mechanische Heimventilation

**VERORDNUNGSFORMULAR**  
Nicht invasive und invasive Heimventilation

Erstverordnung  Wiederholungs-VO  **5 LUNGE ZÜRICH**  
HBB, informiert, Wirt.

Anwender für alle Nicht-SVK-Versicherer: MIGel  KLV 7

**A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Invalidenversicherung  Ja  Nein  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_ ID-Nummer \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
 Mobil \_\_\_\_\_ Krankenversicherer \_\_\_\_\_

Gesuch  Erstgerät/Erstverordnung  Zweitgerät  Gerüstwechsel  
 Alter > 5 Jahre  Defekt

**B) Diagnose** 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 Myotische Dysplasie	23 Angeborene, metabolische, entzündliche Myopathien 30 Entzündung des Skeletts, Pleura und Lunge 31 Kryptosiderose 32 Hartige Pleuraerkrankungen 33 S. u. assoziierten Lungenerkrankungen	34 Posttraumatische Veränderungen 40 Primäre alveolare Hypoventilation 41 Inkompetenz 42 late on-set 59 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 Chronische Stille-Atmung 99 unklarer Ursprung
--	--	--	--

**C) Angaben zur Heimventilation**  nicht invasiv  invasiv

Bestimmungsdauer  nachts verordnete Anzahl Std.  24 h ununterbrochen  
 nachts und partiell tagsüber Anzahl Std.  Behandlungsbeginn

Gerät: Marke, Modell \_\_\_\_\_ Serien-Nr. \_\_\_\_\_  
 MiGeL-Position \_\_\_\_\_  
 Behandlungsbeginn (Spitalentlassung) \_\_\_\_\_

Befeuchter/Zubehör  integriert  separat **Maske**  Größe \_\_\_\_\_

Marke, Modell \_\_\_\_\_  
 Lieferant \_\_\_\_\_

Diverses  ext. Batterie  Femalammkabel  Gerüstekoffer  Halterung  Kinnband  
 Kopfhäube  O<sub>2</sub>-Adapter  Ständer  klimatisiertes Schlauchsystem

Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional)  ja (siehe Seite 2)

**D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause**  Ja  Nein

Richtwert in Minuten  
 (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.  
 (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erstellt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.  
 (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

**E) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin**

Zuständiger Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer \_\_\_\_\_  
 Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_  
 Datum der Verordnung \_\_\_\_\_  
 Hausort \_\_\_\_\_  
 Pneumologe für Nachkontrollen \_\_\_\_\_

Verordnung senden an: Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen  
 Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

B) Diagnose gemäss Codeliste unbedingt angeben.

C) Zusatzinformationen auf der zweiten Seite ergänzen.

D) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause»: Ja, zur Adhärenzüberprüfung und Beratung im Zusammenhang mit Therapie und Krankheit durch LUNGE ZÜRICH.

Download:

[www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare](http://www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare)

## SVK-Krankenversicherer

Das Verordnungsformular für die SVK-Krankenversicherer ist nur online verfügbar.

Online-Formular SVK:

[www.svk.org/kostengutspracheformulare](http://www.svk.org/kostengutspracheformulare)

Liste der SVK-Versicherer:

[www.svk.org/portrait/kunden-des-svk](http://www.svk.org/portrait/kunden-des-svk)

**SVK**  
Schweizerischer Verband für Gesundheitsleistungen der Krankenversicherer  
Fédération suisse pour l'achat commun des assurances-maladie  
Federazione italiana per l'acquisto comune degli assicuratori malattia

SVK  
Abteilung VENT  
Postfach  
Mattenstrasse 3  
4502 Solothurn

**SVK 5**  
Nicht invasive und invasive Heimventilation  
Gesuch und Bestellung  
Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

**Gesuch**

Korrespondenz E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Benachrichtigungen und Informationen zur Verarbeitung dieses Online-Formulars, werden über diese E-Mail Adresse erfolgen.

Gesuch  Erstgerät/Erstverordnung  Zweitgerät  Gerüstwechsel  
 Alter > 5 Jahre  Defekt

Bitte um Nachlieferung eines Konfigurationsgerätes durch den Lieferanten  
 Ja  Nein