

Verordnung für mechanische Heimventilation

Gemäss Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP)



A) ALLGEMEINE ANGABEN (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: Geschlecht: M F
Adresse: Geburtsdatum:
PLZ / Ort: Kanton: ID-Nummer:
Telefon: Invalidenversicherung: ja nein
Beruf: KK-Mitglied-Nr:
Krankenkasse: Sektion:

B) HAUPTDIAGNOSE Code: (bitte Code aus untenstehender Liste verwenden)

Obstruktive Lungenkrankheiten	Respiratorische Schlafstörungen	Kardiale Krankheiten	Andere Krankheiten
01 Chronische Bronchitis	20 Zentrales Schlafapnoe-Syndrom	50 Cor pulmonale	60 Mucoviszidose
02 Emphysem	21 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	51 Links/globale Herzinsuffizienz	61 Alveoläre Hypoventilation
03 Asthma	22 Gemischtes Schlafapnoe-Syndrom	52 Kardiale Missbildung	62 Bronchodysplasie
	23 Upper airways resistance syndrome		63 Lungen-/Bronchus-Krebs
			64 anderer Krebs/maligne Krankh.
Restriktive Lungenkrankheiten	Neuro-muskuläre Krankheiten		99 anderes:
10 Post Tbc	30 Myopathie		
11 Postoperativ/Trauma	31 Neuropathie		
12 Fibrose			
13 Pneumoconiose			
14 Kyphoskoliose			

C) VERORDNUNG HEIMVENTILATION (Administratives Vorgehen gemäss SGP-Richtlinien mit Kostengutsprache durch SVK [Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer])

Abgegebenes Beatmungsgerät (Marke/Modell): Beatmungsdauer: Std./Tg.

Volumengesteuertes Gerät: Atemzugvolumen: ml Frequenz: /min
 Druckgesteuertes Gerät: Inspiratorischer Druck: cmH₂O Frequenz: /min
 Bilevel-Gerät: S S/T T
Inspiratorischer Druck: cmH₂O Expiratorischer Druck: cmH₂O Frequenz: /min

Zubehör:
 Maske Marke: Grösse:
 Kopfhalterung Marke: Grösse:
 Befeuchtung

Behandlungsbeginn:

D) WICHTIGE UNTERSUCHUNGSRISULTATE

Lungenfunktion: Datum: VK: % Soll FEV1: % Soll

Labor: Hämoglobin: g% Hämatokrit: %

art. Blutgase: in: mmHg kPa Datum PaO₂ PaCO₂ pH
(unter klinisch stabilen Verhältnissen)
in Ruhe / vor Behandlung
nach ≥ 30 Min. / optimale Beatmung

Resultate der SAS-Diagnostik (bei Patienten mit Schlafapnoe-Therapie): ohne PAP mit PAP
Apnoe/Hypopnoe-Index:
Anzahl Desaturationen / Stunde (≥ 4% SaO₂):

E) Anordnung für Beratung und Betreuung für Patienten der MHV: (gemäss Vertrag LLS/SVK vom 1. Juni 2001)

ja nein
(gültig für 1 Jahr)

In 10 Monaten wird automatisch durch den SVK eine Aufforderung zur Verlängerung der Anordnung versandt.

F) ZUSTÄNDIGE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

1 Verordnender Arzt / verordnendes Zentrum:
Unterschrift + Stempel inkl. Konkordats-Nr.:
Datum der Spitalentlassung:
Datum der Verordnung:

2 Hausarzt:

3 Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrollen (Oxymetrie/Polygraphie):