



Verordnungsformular Nicht invasive und invasive Heimventilation

KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Erstverordnung	Wiederholungs-Verordnung	MiGeL	KLV7
----------------	--------------------------	-------	------

Patient (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	Sprache	D	F	I
Strasse	Geburtsdatum			
PLZ/Ort	Invalidenversicherung	Ja	Nein	
Telefon	ID-Nummer			
Mobile	Policen-Nr.			
E-Mail	Krankenversicherer			

Gesuch	Erstgerät/Erstversorgung	Zweitgerät
Gerätewechsel	Alter >5 Jahre	Defekt

Diagnose

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	Hauptdiagnose Code 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	Zusatzdiagnose Code 40 Primäre alveoläre Hypoventilation 41 kongenital 42 late onset 50 Adipositas-Hypoventilations-syndrom 60 Hypoventilation bei obstruktiven Lungenkrankheiten 61 fortgeschrittene stabile COPD 62 Bronchiektasen	63 Zystische Fibrose 70 Zentrale Schlaf-Apnoe-Syndrom 71 Komplexes Schlaf-Apnoe-Syndrom 72 Cheyne-Stoke-Atmung 99 unklar/andere
---	---	--	--

Angaben zur Heimventilation

Beatmungsdauer	nachts verordnete Anzahl Std	nicht invasiv	invasiv
	nachts und partiell tagsüber Anzahl Std.		16h ununterbrochen
Gerät: Marke, Modell			Serien-Nr.
MiGeL-Position			
Behandlungsbeginn (Spitalentlassung)			
Befeuchter/Zubehör	integriert	separat	Maske
Marke/Modell			Grösse
Lieferant			
Diverses	ext. Batterie	Gerätekoffer	Halterung
	Kopfhaube	Fernalarmkabel	Ständer
			Kinnband
			O2-Adapter
			klimateisiertes Schlauchsystem

Zusatzinformationen zur Indikation und Betreuung (optional)

Ja (siehe Seite 2)

Verordnung Beratung/Pflege, ambulant oder zu Hause

Ja	Nein
----	------

Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Zuständiger Arzt/Ärztin	
Verordnender Arzt/Ärztin	Datum der Verordnung
Hausarzt	
Pneumologe für Nachkontrollen	

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Bitte senden Sie dieses Formular an KPT, Postfach, 3001 Bern