

VERORDNUNGSFORMULAR Highflow-Gerät, Cough-Assist

- Erstverordnung
 Wiederholungs-Verordnung

A) Allgemeine Angaben

→ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname Patient _____ Geschlecht M F
Name / Vorname Mutter _____ Geburtsdatum _____
Name / Vorname Vater _____ Kostenübernahme IV KK
Adresse _____ Krankenkasse _____
PLZ / Ort _____
Telefon / Handy _____ Tracheostoma Ja Nein
E-Mail _____

B) Hauptdiagnose

- 00 Obstruktive Lungenkrankheiten**
01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma
- 10 Restriktive Lungenkrankheiten**
(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)
- 20 Respiratorische Schlafstörungen**
(OSA, CSA, gemischte Formen)
- 30 Neuromuskuläre Krankheiten**
- 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen**
(pulmonale Hypertension)
- 50 Kardiale Krankheiten**
(Cor pulmonale, kardinale Missbildung, Herzinsuffizienz)
- 60 Andere Lungenkrankheiten**
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)
- 90 Andere:** _____

C) Verordnung für

→ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

- MyAirvo Highflow-Gerät** Flow in Liter/Min. _____
Bei zusätzlichem O2 Zielwert FiO2: _____
- 14.03.15.00.2L Mechanischer In- / Exsufflator**

D) Lieferung und Instruktion → Wichtig: Bestellung muss mindestens 24h vor Lieferung erfolgen!

Austrittsdatum: _____

E) Verordnender Arzt / Ärztin

Datum der Verordnung _____ Stempel / Unterschrift _____
Verordnender Arzt / Ärztin _____
E-Mail _____

Verordnung senden an:

E-Mail: office@hcmcd.ch, hcmcd@hin.ch oder **Fax 031 722 40 49**

HomeCare-Medical GmbH, Strassacherweg 15, 3110 Münsingen, Telefon 031 722 40 40