

ÄRZTLICHE VERORDNUNG / ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Hilfsmittel-Positionsnummer: 09.11.01.0001
 Tragbarer Kardioverter-Defibrillator *LifeVest*®

ZOLL CMS GmbH
 IK Nummer 332531380
 Tel: 02236 878725
 Fax: 02236 878751

BEREICH A: PATIENTEN- UND VERSICHERUNGSINFORMATIONEN

Patient* Nachname	
Patient Vorname	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Bundesland	Geburtsdatum

Name der Krankenversicherung
Kassen-Nr.
Versicherten-Nr.

* Aus Gründen der Vereinfachung werden im Formular nur die Begriffe Patient, Ansprechpartner und Arzt verwendet. Gemeint ist jedoch stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

BEREICH B: DIAGNOSE, ANGABEN ZUM BEFUND, VERORDNUNGSDAUER UND GERÄTE-EINSTELLUNGEN

Bitte Hauptgrund ankreuzen

Z. n. Myokardinfarkt (MI)
 Koronare Herzerkrankung/ischämische Kardiomyopathie
 nicht-ischämische Kardiomyopathie
 (V. a.) Myokarditis

Erstdiagnose
 bekannte Erkrankung
 ICD-Kontraindikation
 ICD-Explantation
 Herzklappenerkrankung
 stattgehabtes, potentiell lebensbedrohliches Rhythmusereignis
 sonstige: _____

Ergänzende Details

LVEF: _____ % Datum zum Verordnungszeitpunkt ____ | ____ | 20__

→ Bei Myokardinfarkt (MI)
 Datum des Ereignisses: ____ | ____ | 20__

→ Bei Rhythmusstörungen
 Datum des Ereignisses: ____ | ____ | 20__

> 48 h nach MI oder < 48 h nach MI

Prozeduren/Interventionen bitte ankreuzen falls zutreffend

PTCA/PCI
 ACVB
 Mitralklappen-/Aortenklappenersatz/TAVI
 sonstige: _____

Relevant im Bezug auf die Verordnung der LifeVest

ICD-10-Code: _____

Verordnungsdauer bitte ankreuzen

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 1 Monat
 2 Monate
 _____ Monate

Geräte-Einstellungen bitte Werte in Kästchen eintragen

VT Schwellenwert Herzfrequenz Voreinstellung: 150 bpm Abstufung je 10
 VF Schwellenwert Herzfrequenz Voreinstellung: 200 bpm Abstufung je 10
 Schockenergie (Joule) Max/Voreinstellung: 150 J Abstufung je 25 für alle 5 Schockabgaben
 oder Schockenergie für alle 5 Entladungen 1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ Abstufung je 25 zwischen 75 – 150 J

Sonstige Einstellung: _____

Begründung: Patient hat ein ernsthaftes Risiko einen plötzlichen Herzstillstand zu erleiden, der tödlich enden, neurologische Schädigungen oder andere wesentliche Erkrankungen verursachen kann. Das HILFSMITTEL muss kontinuierlich – ausgenommen beim Duschen und Baden – getragen werden, damit der Herzrhythmus ständig überwacht wird und bei auftretenden symptomatischen Tachykardien unverzüglich ein Behandlungsschock abgegeben werden kann.

BEREICH C: VERORDNENDER ARZT UND KONTAKTINFORMATIONEN

Name des Klinikums	Straße des Klinikums/der ärztlichen Praxis
Klinikum IK-Nummer/Betriebsstätten-Nummer	PLZ Ort
Name und Funktion des beh. Arzt	Telefonnummer Arzt Faxnummer Arzt
<input type="checkbox"/> Entlassrelevantes Hilfsmittel – Versorgung vor Entlassung notwendig	Station/Gebäude/Zimmer-Nummer
Geplantes Entlassungsdatum	Ansprechpartner für Krankenkassen/MDK-Anfragen
<i>Ich beantrage eine Kostenübernahme des verordneten Hilfsmittels und entbinde den behandelnden Arzt und den Leistungserbringer von seiner Schweigepflicht gegenüber dem Kostenträger, soweit diese Angaben die Versorgung mit dem Hilfsmittel betreffen.</i>	Klinik-/Praxisstempel
Datum _____, Unterschrift Patient	Telefonnummer Ansprechpartner
Datum _____, Unterschrift Arzt	

BEREICH D: RELEVANTE DIAGNOSEN/DIAGNOSTIK UND THERAPIE FÜR EINE VERORDNUNG EINER LifeVest®**Krankheitsbild**

Relevante Begleiterscheinungen

- Niereninsuffizienz Grad _____
 Diabetes mellitus
 art. Hypertonus
 KHK
 Adipositas
 weitere

Diagnostik

► Wie entwickelte sich die LVEF im Verlauf?

LVEF: _____ am: _____, LVEF: _____ am: _____, LVEF: _____ am: _____,

► **Herzkatheter:** _____ durchgeführt am: ____ | ____ | 20

► **Echokardiographie:** _____ durchgeführt am: ____ | ____ | 20

► **Langzeit-EKG:** _____ durchgeführt am: ____ | ____ | 20

► **Kardio-MRT:** _____ durchgeführt am: ____ | ____ | 20 Late-enhancement

Befund beiliegend

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Therapie-/Behandlungsplan

► **Durchgeführte Therapie/Operation:** _____

► **Medikamente** (insbesondere Herz/Kreislaufmedikation): **Medikamentenplan beiliegend:** Ja Nein

► **Vormedikation:** _____

► **aktuell:** _____

► **geplante Kontrolle/Reevaluation am:** ____ | ____ | 20

Falls die eingereichten Unterlagen nicht ausreichend sind, wenden Sie sich bitte an den auf der ersten Seite dieses Formulars benannten Ansprechpartner.

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt

BEREICH E1: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME /BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*[®] BEI PRIMÄRPROPHYLAKTISCHER INDIKATION

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen. Nicht zutreffende Indikation bitte streichen oder nicht mitsenden.

Individuelle Begründung

1. Gibt es bezogen auf das Risiko, einen plötzlichen Herzstillstand zu erleiden, weitere maßgebliche Faktoren?

2. Aus welchem Grund verordnen Sie einen WCD?

3. Gibt es Weiterbehandlungsalternativen zum WCD und warum werden diese nicht in Erwägung gezogen? Warum wird eine stationäre Weiterversorgung explizit nicht befürwortet?

4. Traten beim Patienten bisher Rhythmusstörungen auf?

 Ja

 Nein

Wenn ja siehe Befund/e

a. Welche Rhythmusstörungen traten auf?

b. Halten Sie diese für reversibel und warum besteht derzeit keine sekundärprophylaktische ICD-Indikation?

Weitere Informationen

bitte mit Detailangaben die primärprophylaktische Indikation bzw. individuelle ärztliche Stellungnahme ergänzen weiter S. 4-7

- ICM (Ischämische Kardiomyopathie) Formular auf S. 4 Anlage E1.1
- Myokarditis Formular auf S. 4 Anlage E1.2
- Tachymyopathie Formular auf S. 4 Anlage E1.3
- PPCM Formular auf S. 4 Anlage E1.4
- Tako-Tsubo-Kardiomyopathie Formular auf S. 5 Anlage E1.5
- valvuläre Kardiomyopathie Formular auf S. 5 Anlage E1.6
- LVEF >35 % mit Rhythmusstörungen und EPU Formular auf S. 5 Anlage E1.7
- HCM/HOCM und ARVC Formular auf S. 5 Anlage E1.8
- Toxische Kardiomyopathie Formular auf S. 6 Anlage E1.9
- Sarkoidose Formular auf S. 7 Anlage E1.10
- Long QT angeboren/erworben Formular auf S. 7 Anlage E1.11
- Brugada-Syndrom Formular auf S. 7 Anlage E1.12

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt

BEREICH E1: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME / BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*[®] BEI PRIMÄRPROPHYLAKTISCHER INDIKATION

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen. Nicht zutreffende Indikation bitte streichen oder nicht mitsenden.

E.1.1 ICM (Ischämische Kardiomyopathie)

Nach/vor PTCA/Bypass:

1. Konnte eine komplette Revaskularisation erzielt werden? Wenn nicht, warum nicht?

2. Ist der Befund der LVEF-Einschränkung allein mit dem koronaren Befund zu erklären?

Befund bitte beifügen

E.1.2 Myokarditis

1. Konnte ein potentieller Erreger identifiziert oder eine bakterielle Myokarditis ausgeschlossen werden?

2. Laborparameter

Befunde bitte beifügen

CRP: _____ Leukozyten: _____ Troponin: _____ nt-pro-BNP: _____

E.1.3 Tachymyopathie

1. Wurde eine medikamentöse oder elektrische Kardioversion durchgeführt?

a. War diese erfolgreich?

b. Wurde danach noch einmal eine Echokardiographie durchgeführt?

Befund bitte beifügen

c. Gab es Kontraindikationen für eine Kardioversion (wenn keine durchgeführt wurde)?

E.1.4 PPCM

Hat die Patientin bereits entbunden? Ja Nein

Wenn nein: Wann ist der voraussichtliche ggf. geplante Entbindungstermin?

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt

BEREICH E1: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME /BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*[®] BEI PRIMÄRPROPHYLAKTISCHER INDIKATION

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen. Nicht zutreffende Indikation bitte streichen oder nicht mitsenden.

E.1.5 Tako-Tsubo-Kardiomyopathie

▶ 1. Ist eine auslösende Genese der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie erkennbar?

▶ 2. Sind bisher typische Krankheitszeichen oder Komplikationen im Krankheitsverlauf aufgetreten? *Befund bitte beifügen*

E.1.6 valvuläre Kardiomyopathie

▶ 1. Welches Klappenvitium liegt beim Patienten vor?

▶ 2. Erfolgte ein operativer oder minimalinvasiver Eingriff? *OP-Bericht bitte beifügen*

▶ 3. Traten beim Eingriff oder in der Folgezeit Komplikationen auf? *Befund bitte beifügen*

E.1.7 LVEF >35% mit Rhythmusstörungen und EPU

▶ Warum ist nach erfolgter Ablation ein weiterer Schutz erforderlich?

E.1.8 HCM/HOCM und ARVC

▶ 1. Existieren zusätzliche Risikofaktoren wie z. B. unklare Todesfälle in der Familie?

▶ 2. Gemessene Dicke des Septums?

▶ 3. Synkopen in der Vergangenheit?

▶ 4. Stehen aktuell noch Untersuchungen aus (z. B. genetische Abklärung), welche zur exakten Diagnosestellung beitragen können?

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt

BEREICH E1: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME /BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*[®] BEI PRIMÄRPROPHYLAKTISCHER INDIKATION

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen. Nicht zutreffende Indikation bitte streichen oder nicht mitsenden.

E.1.9 Toxische Kardiomyopathie

1. Ursache: Drogen-/Alkoholabusus

a. Besteht eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit/des Verständnis durch die zugrundeliegende Suchterkrankung?

b. Wie beurteilen Sie die voraussichtlich zu erwartende Compliance des Patienten?

2. Ursache: Radio-/Chemotherapie

a. Seit wann bzw. ab wann ist die Radio-/Chemotherapie?

b. Bei welcher Diagnose?

c. Wieso gehen Sie hier bei einer Schädigung durch entsprechende Noxe wieder von einer Besserung der LVEF bzw. Rhythmusstörung aus?

Bei Strahlentherapiepatienten, bei denen der vorhandene ICD deaktiviert wurde, werden folgende Informationen in den meisten Fällen benötigt. Bitte Befunde beilegen:

d. Es werden genaue Angaben vom vorgesehenen Bestrahlungsfeld erbeten. Wie hoch ist die prognostizierte Strahlendosis direkt am ICD?

e. Ist zu erwarten, dass die Strahlendosis direkt am ICD mehr als 1 Gray beträgt/liegt der ICD im Bestrahlungsfeld?

f. Welche konkreten Techniken werden zur Bestrahlung verwendet?

g. Um welchen ICD handelt es sich genau? Welche Empfehlungen liegen vom Hersteller des ICDs zur Strahlentherapie vor?

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt

BEREICH E1: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME /BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*[®] BEI PRIMÄRPROPHYLAKTISCHER INDIKATION

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen. Nicht zutreffende Indikation bitte streichen oder nicht mitsenden.

E.1.10 Sarkoidose

▶ Wurde eine Kortikosteroidtherapie eingeleitet? Zeigten sich bereits Verbesserungen der LVEF?

E.1.11 Long-QT angeboren/erworben

▶ 1. Zeigen sich typische EKG-Veränderungen? Wie war die QT-Zeit? Kann ein Medikamenten-induziertes Long-QT ausgeschlossen/angenommen werden?

▶ 2. Kam es zu früh einfallenden Extrasystolen oder einem R-auf-T-Phänomen?

▶ 3. Existieren zusätzliche Risikofaktoren, wie z. B. unklare Todesfälle oder vorausgegangene Synkopen?

▶ 4. Stehen aktuell noch Untersuchungen aus (z. B. genetische Abklärung/EPU), welche zur Diagnosestellung und Klärung beitragen könnten?

E.1.12 Brugada-Syndrom

▶ 1. Wurde ein Ajmalin-Test durchgeführt? Wurde eine EPU durchgeführt? *Befund bitte beifügen*

▶ 2. Existieren zusätzliche Risikofaktoren, wie z. B. unklare Todesfälle oder vorausgegangene Synkopen?

▶ 3. Stehen aktuell noch Untersuchungen aus (z. B. genetische Abklärung), welche zur Diagnosestellung und Klärung beitragen könnten?

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt