

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	VF Schwellenwert Herzfrequenz	Schockenergie (Joule)	<i>oder</i> Schockenergie für alle 5 Entladungen
<input type="checkbox"/> Voreinstellung: 150 bpm Abstufung je 10	<input type="checkbox"/> Voreinstellung: 200 bpm Abstufung je 10	<input type="checkbox"/> Max/Voreinstellung: 150 J Abstufung je 25	1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____
Sonstige Einstellung: _____		für alle 5 Schockabgaben	Abstufung je 25 zwischen 75 – 150 J

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
Klinikum IK-Nummer/Betriebsstätten-Nummer
Name und Funktion des beh. Arzt
<input type="checkbox"/> Entlassrelevantes Hilfsmittel – Versorgung vor Entlassung notwendig
Geplantes Entlassungsdatum
<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>
Datum _____, Unterschrift Patient
Datum _____, Unterschrift Arzt

Straße des Klinikums/der ärztlichen Praxis	
PLZ	Ort
Telefonnummer Arzt	Faxnummer Arzt
Station/Gebäude/Zimmer-Nummer	
Ansprechpartner für Krankenkassen/MDK-Anfragen	Klinik-/Praxisstempel
Telefonnummer Ansprechpartner	

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

- Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja 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 E2: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME /BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG
EINER LifeVest® BEI SEKUNDÄRPROPHYLAKTISCHER INDIKATION**

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen.

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. Bei höhergradigen Rhythmusstörungen: Welche traten auf und waren diese hämodynamisch relevant?

▶ 5. Wann sind diese aufgetreten?

▶ 6. Bei Myokardinfarkt: >48h nach MI <48h nach MI

▶ 7. Warum halten Sie das Risiko für entsprechende Rhythmusstörungen für reversibel?

▶ 8. Warum halten Sie den WCD für indiziert und befürworten derzeit noch keine ICD-Implantation?

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt