

# 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
Klinikum IK-Nummer/Betriebsstätten-Nummer
Name und Funktion des beh. Arzt
<input type="checkbox"/> <b>Entlassrelevantes Hilfsmittel – Versorgung vor Entlassung notwendig</b>
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 E3: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME/BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*<sup>®</sup> BEI Z.N. EXPLANTATION

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. Aus welchem Grund erfolgte die Explantation des ICDs?

▶ 5. Bei Infektion:

Konnte ein ursächliches Bakterium isoliert werden?  Ja Welches? \_\_\_\_\_  Nein

Wird eine antibiotische Therapie durchgeführt?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Behandlung seit \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_

Wie waren die Entzündungsparameter? CRP \_\_\_\_\_ Leukozyten \_\_\_\_\_ Procalcitonin \_\_\_\_\_

▶ 6. Warum kann aktuell nicht re-implantiert werden?

▶ 7. Für wann ist eine Re-Implantation voraussichtlich geplant?

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt