

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
Schockenergie für alle 5 Entladungen oder 1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____
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
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.
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 E4: INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME /BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNG EINER *LifeVest*[®] BEI VORLIEGENDER ICD-INDIKATION UND KONTRAINDIKATION FÜR EINE ICD-IMPLANTATION

Individuelle Begründung

Formular bitte nur in diesem Fall ausfüllen.

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 welcher Diagnose erfolgte die ICD-Indikationsstellung?

5. Warum kann aktuell nicht implantiert werden? Welche Kontraindikation besteht?

6. 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 _____

7. Für wann ist die ICD-Implantation voraussichtlich geplant?

____ | ____ | 20 ____

Klinik-/Praxisstempel

Datum, Unterschrift Arzt