

**ÄRZTLICHE VERORDNUNG /
ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME**

Anleitung

- Bitte das Formular ausfüllen:

- Bereich A – Patienteninformationen
(Name, Adresse, Versicherungsinformationen: wichtig für eine zügige Bearbeitung des Antrages)
- Bereich B – Diagnose (Begründung, warum Patient/in eine LifeVest® benötigt)
Bitte unbedingt die voraussichtliche Tragedauer eintragen.
Bitte ebenfalls die gewünschten Geräteeinstellungen eintragen.
- Bereich C – Information zur verordnenden Ärztin bzw. zum Arzt
Verordner/in muss unterschreiben und Datum angeben.
- Bereich D – Weiterführende Informationen und Begründung für eine Verordnungsdauer > 30 Tage (Kostengutsprachege such)
- Bereich E – Compliance
Bitte unbedingt die Compliance nach 30 Tagen in Verbindung mit dem Kostengutsprachege such beurteilen und ihre Überprüfung bestätigen.

- Ausgefülltes Formular umgehend faxen an: +41 44 551 42 96.
- Original wird von ZOLL Mitarbeitern bei Versorgung abgeholt.
- Original-Folgeverordnung bitte per Post versenden an

ZOLL Medical Switzerland AG
Baarerstrasse 8
6300 Zug

Indikationen laut MiGeL Eintrag vom 01.01.2023

Die LifeVest ist indiziert

- als vorübergehende Therapiemassnahme, wenn eine Implantation eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD) nicht sofort möglich ist
- bei Patienten mit einer geplanten Herztransplantation
- bei Patienten mit hohem Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand, insbesondere bei ventrikulärer Dysfunktion
- bei Patienten mit Kardiomyopathie
- bei Patienten mit Status nach Myokardinfarkt
- bei Patienten mit Myokarditis
- bei Patienten nach chirurgischer oder perkutaner Revaskularisierung
- bei Patienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 35\%$

Bitte beachten Sie:

Bei einer Verordnungsdauer, die 30 Tage überschreitet, ist zusätzlich ein Kostengutsprachege such erforderlich (Seite 2 des Verordnungsformulars).

Bei Rückfragen helfen unsere Mitarbeiter gern unter der Telefonnummer +41 44 551 42 96 oder der Email-Adresse lifest-v-swiss@zoll.com .

MiGeL Positionsnummer 09.03.01.00.2

 Tragbarer Kardioverter-Defibrillator *LifeVest®*

BEREICH A: PATIENTENINFORMATIONEN					
Patient/in Nachname			Name der Krankenversicherung		Kassen-Nr.
Patient/in Vorname			Versicherten-Nr.		Status
Strasse		Hausnummer	Ort / ggf. Telefonnummer KV		Gültig bis
PLZ	Ort	Kanton	Anderer Kostenträger		
Geburtsdatum	Hauptsprache Deutsch ☐ Französisch ☐ Italienisch ☐		Kontaktinformationen anderer Kostenträger		
BEREICH B: DIAGNOSE (1, 2, u. 3 bitte ausfüllen)					
1. Diagnose und Begründung / ICD - Implantation nicht sofort möglich Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) : _____ Ischämische Ätiologie ☐ Status nach Myokardinfarkt (MI) [40 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implantation] ☐ Geplante oder kürzlich durchgeführte chirurgische Revaskularisierung (ACVB) [90 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implantation] ☐ Geplante oder kürzlich durchgeführte perkutane Revaskularisierung (PTCA) [90 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implantation] ☐ Neu diagnostizierte ischämische Herzinsuffizienz [90 Tage Wartezeit bis zur ICD-Implantation] Nicht-ischämische Ätiologie ☐ Neu diagnostizierte nicht-ischämische Herzinsuffizienz, z.B. dilatative Kardiomyopathie (DCM) ☐ Myokarditis ☐ Peripartum Kardiomyopathie (PPCM) Anderer Ätiologie ☐ Geplante Herztransplantation ☐ ICD-Implantation verschoben bzw. nicht möglich aufgrund akuter Infektion, intra-ventrikulärer Thrombus oder operativer Eingriff kontraindiziert ☐ Bereits implantierter Defibrillator (ICD) muss/musste explantiert werden ☐ Familiäre bzw. vererbte Disposition mit hohem Risiko für lebensbedrohliche ventrikuläre Tachyarrhythmien, z.B. Long QT Syndrom oder hypertrophe Kardiomyopathie ☐ Plötzlicher Herztillstand aufgrund Kammerflimmern (VF) oder anhaltender ventrikulärer Tachykardien (VT spontan oder induziert), nicht in Verbindung mit einem Infarkt (> 48 Stunden nach MI) ☐ Andere Gründe (bitte beschreiben): _____					
2. Voraussichtliche Verordnungsdauer (bitte ankreuzen) ☐ 3 Monate ☐ 2 Monate ☐ 1 Monat ☐ andere _____ ☐ Folgeverordnung					
3. Geräte Einstellungen (bitte Werte in Kästchen eintragen) VT Schwellenwert Herzfrequenz Voreinstellung: 150 bpm 120-250 bpm, Abstufung je 10 VF Schwellenwert Herzfrequenz Voreinstellung: 200 bpm 120-250 bpm, Abstufung je 10 Schockenergie (Joule) oder Voreinstellung: 150 J 75-150 J, Abstufung je 25 für alle 5 Schockabgaben Schockenergie für alle 5 Entladungen 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ Abstufung je 25 zwischen 75 – 150 J Sonstige Einstellungen: _____ Patient trägt implantierbaren Cardioverter/Defibrillator (ICD) ☐ Nein ☐ Ja → Antitachykardie Therapie wurde ausgeschaltet? Patient trägt Herzschrittmacher ☐ Nein ☐ Ja → Stimulations-Polarität wurde überprüft und ggf. auf bipolar programmiert?					
Begründung: Patient/in hat ein ernsthaftes Risiko einen plötzlichen Herztillstand zu erleiden, der tödlich enden, neurologische Schädigungen oder andere wesentliche Erkrankungen verursachen kann. Das HILFSMITTEL muss kontinuierlich - ausgenommen beim Baden/Duschen - getragen werden, damit der Herzrhythmus ständig überwacht wird und bei auftretenden symptomatischen Tachykardien unverzüglich ein Elektroschock abgegeben werden kann.					
BEREICH C: INFORMATION ZUR VERORDNENDEN ÄRZTIN BZW. ZUM ARZT*					
Name Klinikum		Strasse Klinikum / ärztl. Praxis		Hausnummer	
Vor- und Nachname der/des behandelnde/r Ärztin/Arzt		PLZ	Ort	Kanton	
Funktion behandelnde/r Ärztin/Arzt		Telefonnummer Ärztin/Arzt			
Zahlstellenregister-Nr (ZSR-Nr.) / Global-Location-Number (GLN-Nr.)		Faxnummer Ärztin/Arzt			
Ansprechpartner bei Rückfragen		Station / Gebäude / Zimmer-Nr.			
Geplantes Entlassungsdatum: (sofern Patient/in derzeit stationär behandelt wird)		Telefonnummer Ansprechpartner			
Ich beantrage eine Kostenübernahme des verordneten Hilfsmittels und entbinde die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber dem Kostenträger.		(Klinik/Praxisstempel)			
Datum, Unterschrift Patient/in					
Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt					

Patient/in Vorname	Patient/in Nachname	Geburtsdatum
--------------------	---------------------	--------------

BEREICH D: WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN UND BEGRÜNDUNG FÜR EINE VERORDNUNGSDAUER > 30 TAGE

☐ **ICD-Explantation**

- ☐ ICD-Indikation weiterhin gegeben
☐ Infektion noch nicht vollständig abgeklungen
oder
☐ Reimplantation ist aus anderen Gründen noch nicht möglich
Begründung:

☐ **Wartezeit bis zur Herztransplantation**

- ☐ Hohes Risiko für einen PHT während der Wartezeit gegeben
☐ ICD-Implantation ist nicht möglich oder nicht sinnvoll

☐ **Verzögerung einer ICD-Implantation**

- ☐ Indikation zur ICD-Implantation ist nach Leitlinien gegeben
☐ Implantation ist zurzeit nicht durchführbar
Begründung:

☐ **Ventrikuläre Dysfunktion, Kardiomyopathie, Myokarditis**

- ☐ LVEF $\leq$ 35 %
☐ Ursache der Dysfunktion behandelbar oder ausheilbar
☐ Aussicht auf Verbesserung der Herzfunktion
☐ Herzinsuffizienzmedikation eingeleitet

☐ **Myokardinfarkt**

- ☐ LVEF $\leq$ 35 %
und
☐ Herzinsuffizienzmedikation eingeleitet
☐ Aussicht auf Verbesserung der Herzfunktion
☐ Mindestwartezeit von 40 Tagen / 6 Wochen noch nicht überschritten
(Empfehlung nach ESC-Leitlinien für eine mögliche ICD-Implantation: mindestens 40 Tage)
☐ Wartezeit überschritten, aber Tendenz der Verbesserung der LVEF über die Grenze von 35% und damit Wegfall der Notwendigkeit einer ICD-Implantation wahrscheinlich

☐ **Vor oder nach Revaskularisierung (PCI oder Bypass)**

- ☐ LVEF $\leq$ 35 %
und
☐ Aussicht auf Verbesserung der Herzfunktion
☐ Empfohlene Wartezeit noch nicht überschritten
(Nach ESC-Leitlinien empfohlene Wartezeit bis zu einer möglichen ICD-Implantation: bis zu 3 Monate, Priori et al. 2015)
☐ Wartezeit überschritten, aber weiterhin Tendenz zur Überschreitung der LVEF-Grenze von 35% und damit Wegfall der Notwendigkeit einer ICD-Implantation wahrscheinlich

☐ **Sonstiges hohes Risiko für einen Plötzlichen Herztod**

Begründung der Ärztin/des Arztes:

.....

.....

.....

BEREICH E: COMPLIANCE

Beurteilung der Compliance bei einer Verordnung über 30 Tage hinaus:

- ☐ **Die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt bestätigt, dass die Compliance alle 3 Wochen neu beurteilt wird.**

	(Klinik/Praxisstempel)
Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt	

*INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Allgemeine Informationen – Die Daten der verordnenden Ärztin/des Arztes (Name des Ansprechpartners, Telefonnummer des Ansprechpartners, Name der verordnenden Ärztin/des Arztes, Krankenhaus/Institution, Unterschrift der verordnenden Ärztin/des Arztes und Datum) sind personenbezogene Daten. Sollten Ansprechpartner und verordnende Ärztin/Arzt nicht identisch sein, sollte die verordnende Ärztin/der Arzt diese Informationen zum Datenschutz an den Ansprechpartner weiterreichen.

Zweck und Rechtsgrundlage – Wir, ZOLL Medical Switzerland AG, verarbeiten die Daten der verordnenden Ärztin/des Arztes für Abrechnungs- und Erstattungszwecke sowie zur Sicherstellung eines effizienten Patientenbetreuungs- und Verordnungsprozesses. Die Rechtsgrundlage für diese Datenverarbeitung ist unser berechtigtes Interesse daran, umfassende Versorgung und Unterstützung rund um die LifeVest zu bieten.

Weitergabe/Empfänger – ZOLL Medical Switzerland AG gibt Informationen zur verordnenden Ärztin/Arzt an die ZOLL CMS GmbH in Deutschland weiter, um die Verordnung erfüllen zu können. ZOLL Services LLC in Pittsburgh (USA) und andere Dritte können ggf. personenbezogene Daten zu Datenverarbeitungszwecken erhalten; Dazu haben wir jeweils entsprechende Datenverarbeitungsverträge geschlossen.

Internationale Datenübermittlung – Die von ZOLL Medical Switzerland AG erhobenen personenbezogenen Daten werden auf ZOLL-Servern gespeichert, die sich außerhalb der Schweiz oder des Europäischen Wirtschaftsraums befinden können, insbesondere auch in den Vereinigten Staaten von Amerika. Um diese Übermittlung abzusichern, wurden die von der Europäischen Kommission genehmigten Standarddatenschutzklauseln für die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Auftragsverarbeiter in Drittländern abgeschlossen.

Dauer der Speicherung – ZOLL Medical Switzerland AG speichert Ihre personenbezogenen Daten, solange wir ein berechtigtes geschäftliches Interesse daran haben. In der Regel bezieht sich dies auf den Verordnungszeitraum und die sich daraus ergebenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.

Datenschutzrechte – Es bestehen ein Auskunftsrecht, ein Recht auf Berichtigung, ein Recht auf Löschung, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Behörde und – falls anwendbar – das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Kontaktinformationen – ZOLL Medical Switzerland AG, Baarerstrasse 8, 6300 Zug, Telefon +41 44 551 42 96; Der Datenschutzbeauftragte von ZOLL Medical Switzerland AG ist unter Dataprotectioninquiries@zoll.com erreichbar.