



A renvoyer à
ou
Fax 032 626 57 30



SVK
Abteilung VBL (VENT)
Muttenstrasse 3
Postfach
4502 Solothurn

Commande

Appareils et humidificateurs de la ventilation mécanique à domicile

1. Remarque important

- 1.1. Il existe une convention sur la livraison et la facturation des appareils de ventilation mécanique à domicile entre les fournisseurs mentionnés sous chiffre 7 et la SVK. La SVK ne peut assumer la responsabilité des coûts des appareils prescrits qu'après présentation d'une garantie de prise en charge valable.
- 1.2. Seules des demandes remplies de manière exhaustive et signées peuvent être prise en considération.

2. Patient



Nom, prénom _____
Date de naissance _____ Sexe (f/m) _____ Langue (d/f) _____
Adresse _____
NPA, Lieu, Canton _____
Assureur-maladie _____ no d'ass. _____

Prière de mettre une croix dans la case qui convient :

- Oui Je suis d'accord qu'une copie de la commande ainsi que de la garantie de prise en charge soit remise, conformément au chiffre 7, au fournisseur qui me livre l'appareil prescrit et le matériel nécessaire.
- Non Je ne suis pas d'accord que la commande et la garantie de prise en charge soient transmises et prends acte que je dois payer moi-même les factures pour l'appareils et le matériel. Je m'occupe moi-même du remboursement auprès de l'assureur-maladie ainsi que de la commande l'appareil.

Date, Signature _____



3. Centre / Médecin qui prescrit

Centre / Division _____ No. Du CAMS _____
Nom, prénom _____
Adresse _____
NPA, Lieu _____
Téléphone (y c. indicatif interurbain) _____ Fax _____

3a. Appareils, systèmes de tuyaux et masques incl. Marquez s.v.p. d'une croix les articles désirées

Appareils provenant de la position LiMA 14.12.01.00.1		Appareils provenant de la position LiMA 14.12.02.00.1		Appareils provenant de la position LiMA 14.12.03.00.1	
<input type="checkbox"/>	BiPAP Auto M-Series (remplace BiPAP Pro 2)	<input type="checkbox"/>	Carina home PCV	<input type="checkbox"/>	Breas PV 403 iB
<input type="checkbox"/>	i Sleep 22 (remplace Breas PV 101+)	<input type="checkbox"/>	Harmony II	<input type="checkbox"/>	Breas PV 403 iB-PEEP
<input type="checkbox"/>	Moritz S (humidificateur incl.)	<input type="checkbox"/>	Knight Star 330 (pour autant qu'il se trouve dans le stock)		Breas PV 501 (pour autant qu'il se trouve dans le stock)
<input type="checkbox"/>	Somnovent S	<input type="checkbox"/>	Moritz ST (humidificateur incl.)		Carina home VCV (remplace Dräger EV 801)
<input type="checkbox"/>	VPAP III S	<input type="checkbox"/>	Synchrony II (remplace Synchrony AVAPS)		Legendair
		<input type="checkbox"/>	Ventimotion (remplace Somnovent ST)		Lifecare PLV-100 (plus des nouvelles prescriptions)
		<input type="checkbox"/>	Vivo 30 (remplace Breas PV 102+)		
		<input type="checkbox"/>	Vivo 40		
		<input type="checkbox"/>	VPAP III ST		

3b. Appareils spéciaux

<input type="checkbox"/>	AutoSet CS 2	<input type="checkbox"/>	Cough assist automatic
--------------------------	--------------	--------------------------	------------------------

4. Humidificateur

--

5. Systèmes de masques lors de la première commande

Grandeur: S, M, ou L

Masque	Grandeur	Masque	Grandeur	Masque	Grandeur	Masque	Grandeur
ACTiva		Comfort Lite		Mirage System		Profile Lite Gel	
Comfort Classic		Comfort Select		Mirage / Ultra full face		Silent Papillon	
Comfort Curve		iMask		Mirage Vista		Somnomask	
Comfort Full		IQ Gelmaske		Mojo Full Face		Somnoplus	
Comfort Gel		Mirage Swift		Phantom Gel		Ultra Mirage	

6. Divers (Adaptateur O², Bandeau (tête), Coiffe, Cadre de masque, Batterie externe etc.)

--

7. Fournisseur

<input type="checkbox"/>	Carbamed AG Waldeggrasse 38 3097 Liebefeld	<input type="checkbox"/>	Megamed AG Hinterbergstrasse 11 6330 Cham
<input type="checkbox"/>	PanGas AG Industriepark 10 6252 Dagmersellen	<input type="checkbox"/>	RESPIRONICS AG Strengelbacherstrasse 2b 4800 Zofingen
<input type="checkbox"/>	ResMed Schweiz Viaduktstrasse 40 4051 Basel	<input type="checkbox"/>	Saegeling Medizintechnik Bubikerstrasse 1 8645 Jona
<input type="checkbox"/>	G. Weinmann AG Seestrasse 14b 5432 Neuenhof		

TW_2007_08_VENT_KGG.f

8. Signature / Médecin qui prescrit

9. A remplir par la SVK

Date, Signature



Appareil: No de série.: