

Anmeldeformular zur Geräteevaluation / Aufnahme Positivliste SVK

Bitte zutreffendes ankreuzen

Neugerät

Name / Bezeichnung:

Nachfolgegerät

Name / Bezeichnung:

ersetzt folgendes Gerät:

Folgende Dokumentationen müssen zwingend bei jedem Gesuch eingereicht werden:

- Gerätedokumentation
- Publikationsliste
- Kriterienraster (beiliegend)
- Gebrauchsanleitung

Antragssteller

Firma:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel:

Datum und Unterschrift

HIER UNTERSCHREIBEN

Bitte die vollständigen Unterlagen an nachfolgende Adresse einsenden:

SVK (Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer)
z.Hd. Frau Nicole Wagener
Muttenstrasse 3
Postfach
4503 Solothurn

E-Mail: nicole.wagener@svk.org

Heimventilationsgeräte Prüfungskriterien

Geräte Typenbezeichnung:

.....

.....

Produzent:

.....

.....

Vertrieb Schweiz / Kontaktadresse

.....

.....

Homepage:

Zuverlässigkeit / Service Qualität:

Know-How:

Notfalldienst: Ja Nein

Technische Daten:

Gewicht (kg).....Befeuchtung.....

Länge (mm).....Breite (mm).....Höhe (mm).....

Energieversorgung:

220V.....110V.....24V.....12V.....

.....

Modes of ventilation:

CPAP Ja Nein.....

Auto-CPAP Ja Nein

BiPAP S Ja Nein

BiPAB-ST Ja Nein

ASV-Cheyne-Stokes Ja Nein

PCV = pressure controlled ventilation

VCV = volume controlled ventilation

Volume-present

Other modes

Pressure Range

IPAP

EPAP

Adjustable inspiratory trigger

Range of sensitivity

Compensation of leakage up to

Minimal pressure rise time (from 5 to 20 cmH2O).....

Handling: (Each position 0-6 points + comments)

Display

Ease of use in programming

Noise level

sturdyness

PC-Interface? / Typ

Software:

Hours of use

Compliance-Data (list)

Leakage

Please provide:

Independent test reports form other organisations/countries

.....

.....

.....

Technical test reports form the producing company

.....

.....

.....

Published scientific studies/abstracts

.....

.....

.....

