

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|----------------|
| Kasse | | |
| Name / Adresse des Versicherten _____ | | geb. am: _____ |
| Kassen-Nr. _____ | Versicherten-Nr. _____ | Status _____ |
| Vertragsarzt-Nr. _____ | VK gültig bis _____ | Datum _____ |

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel bei Atemwegserkrankungen

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Seite 1/2

| | |
|---|---|
| Vertragsarztstempel mit Unterschrift | Ansprechpartner Patient / Angehöriger Telefonnummer Patient / Angehöriger Datum |
|---|---|

Diagnose:

- Asthma:** Durch ein Asthmaleiden mit hohem Schweregrad besteht eine chronische Entzündung der Atemwege, mit vermehrter Sekretion von Schleim, Sekretretention, Verkrampfung der Bronchialmuskulatur sowie Bildung von Ödemen der Bronchialschleimhaut. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Muskeldystrophie/ALS:** In Folge der Erkrankung ALS oder der genetischen Erkrankung Muskeldystrophie führt eine zunehmende Muskelschwäche zu Atem- und Abhustschwäche, mit der Folge von vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Bronchiektasen:** Akute/chronische Entzündungsvorgänge mit der Disposition zu quälendem Husten, vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Mukoviszidose/Cystische Fibrose:** Durch den zähflüssigen Schleim in den Bronchien kommt es zu akuten/chronischen Entzündungsvorgängen mit der Disposition zu quälendem Husten, vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Andere:**

Aufgrund o.g. Diagnose wird zur Sekretolyse und Abhusterleichterung ärztlich verordnet:

Hustenassistent mit Vibrationsmodus

Manuelle / automatische Auslösung von In- und Expiration. Zur Verflüssigung von zähem Schleim und gleichzeitiger Hustenassistenz sowie Reduktion der Sekretretention und Exazerbationsrate.

- Comfort Cough II optional** mit High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO)*
 - Mit Perkussions-Gurt zur HFCWO Gr. XS Gr. S Gr. M Gr. L

- KALOS HMV-Nr. 14.24.08.3011***

***Parameter s. S. 2!**

- Weitere Hilfsmittel zur Sekretmobilisation (z.B. VibraVest, GeloMuc, Cornet, Flutter o.A.):**

Ein sofortiger Therapiebeginn ist medizinisch notwendig. Wir bitten daher um umgehende Bereitstellung und rasche Kostenübernahme.

Parameter:**Relevanter Wert: PCF (Peak Cough Flow):**

Gilt insbesondere für neuromuskuläre Erkrankungen: Mechanische Hustenhilfen (z. B. CoughAssist) sind bei verminderter Hustenkraft und Luftwegsinfekten zur Sekretreinigung und Reduktion der Exazerbationsrate indiziert (ab z.B. PCF <200l/min bzw. unter Umständen schon <270l/min und VC <40% Soll).

| | |
|---|---|
| Verschreibung 1: _____ Modus: <input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Auto Cough-Trak (Inspirationstrigger): <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus Einatemungsdruck: _____ cmH ₂ O Einatemungsflow: <input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch Einatemungszeit: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Ausatemungsdruck: _____ cmH ₂ O Ausatemungszeit: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Pausendauer: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Oszillation: <input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> AUS Frequenz: _____ Hz <input type="checkbox"/> k.A. Amplitude: _____ cmH ₂ O <input type="checkbox"/> k.A. | Verschreibung 2: _____ Modus: <input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Auto Cough-Trak (Inspirationstrigger): <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus Einatemungsdruck: _____ cmH ₂ O Einatemungsflow: <input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch Einatemungszeit: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Ausatemungsdruck: _____ cmH ₂ O Ausatemungszeit: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Pausendauer: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Oszillation: <input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> AUS Frequenz: _____ Hz <input type="checkbox"/> k.A. Amplitude: _____ cmH ₂ O <input type="checkbox"/> k.A. |
| Verschreibung 3: _____ Modus: <input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Auto Cough-Trak (Inspirationstrigger): <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus Einatemungsdruck: _____ cmH ₂ O Einatemungsflow: <input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch Einatemungszeit: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Ausatemungsdruck: _____ cmH ₂ O Ausatemungszeit: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Pausendauer: _____ s <input type="checkbox"/> k.A. Oszillation: <input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> AUS Frequenz: _____ Hz <input type="checkbox"/> k.A. Amplitude: _____ cmH ₂ O <input type="checkbox"/> k.A. | <input type="checkbox"/> Perkussions-Modus (nur beim Comfort Cough II) <input type="checkbox"/> Mit Maske: Zur Sekretmobilisation und -beförderung bzw. Abtransport in Richtung der oberen Atemwege <input type="checkbox"/> Mit Gurt: High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO) Druck (0 bis +70cmH ₂ O): _____ Frequenz (10 bis 780 BPM): _____ <input type="checkbox"/> Free Aspire Modus (nur beim KALOS) Stufe 1-5: _____ Dauer 0-30min: _____ |

Datenschutzhinweis:

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firmen der OxyCare Medical Group, Hauptsitz Bremen, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Unternehmen der OxyCare Medical Group, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich, neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Die Unternehmen der „OxyCare Medical Group“ verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des BDSG n.F. sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet u.a. im Zusammenhang mit der Auftrags- bzw. Vertragsbearbeitung statt. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ist in Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO normiert. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten auch aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO). § 147 Abs. 1 Nr. 2-4, Abs. 3 AO normiert eine Aufbewahrungspflicht für die steuerlichen Belange. Handels- bzw. Geschäftsbriefe wie Eingangs- und Ausgangsrechnungen, Lieferscheine, Kostenvoranschläge und Verträge dürfen bereits von Gesetzes wegen innerhalb der maßgeblichen Frist (10 Jahre) nicht gelöscht werden. Bei von einem Unternehmer versandten Lieferschein endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Infos enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.“

OXYCARE Medical Group, Bremen
24.05.2018 Revision 0