

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

Datum: _____

Diagnose	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner/Tel. Verordner:
		Ansprechpartner/Tel. Patient/ Angehöriger:

- Asthma:** Durch ein Asthmaleiden mit hohem Schweregrad besteht eine chronische Entzündung der Atemwege, mit vermehrter Sekretion von Schleim, Sekretretention, Verkrampfung der Bronchialmuskulatur, Bildung von Ödemen der Bronchialschleimhaut und erhöhter Exazerbationsrate.
- COPD:** Auf Grund einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) im fortgeschrittenen Stadium (Gold III-IV)) hat sich eine bakterielle Dauerbesiedlung der Lunge etabliert, die regelmäßig zu akuten Lungenentzündungen führt, mit der Folge von vermehrter Sekretion von Schleim sowie Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine HFCWO-Therapie 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 HFCWO-Therapie erforderlich.
- Bronchiektasen:** Akute/chronische Entzündungsvorgänge mit der Disposition zu quälendem Husten, vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine HFCWO-Therapie 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 HFCWO-Therapie erforderlich.

Bemerkungen:

Indikation

Die Sekretmobilisierung durch HFCWO (Hochfrequenzoszillation) zur Reduktion der Sekretretention stellt eine medizinisch wirksame Ergänzung zu physiotherapeutischen Maßnahmen sowie der Inhalation dar. Durch die einfache Handhabung kann der Patient / das Pflegepersonal jederzeit - und mobil - selber nicht-medikamentös eingreifen, um die Sekretmobilisation zu verbessern und eine Hospitalisierung zu vermeiden.

- Diverse andere Therapiemaßnahmen führten nicht zum Erfolg. Die VibraVest/AffloVest wurde mit Erfolg getestet.**

Zur Sekretolyse wird deshalb ärztlich verordnet:

- VibraVest/AffloVest, die hochfrequente Vibrations-Weste (HFCWO) zur Verminderung der Exazerbationsrate, zur Reduktion der Sekretretention, zum Lösen von Sekret, Stimulierung der Durchblutung, Lösung von Verkrampfungen der Atemmuskulatur, Anregung des Lymphflusses, Abbau von Stoffwechselprodukten**

Größe VibraVest: Bauchumfang ca. 75 cm 85 cm 95 cm 110 cm 120 cm 140 cm
 Größe AffloVest: Brustumfang ca. 58 cm 74 cm 89 cm 104 cm 122 cm 140 cm 165+ cm

Anwendung für den Zeitraum von: _____

Relevanter Wert: PCF (Peak Cough Flow):

Gilt insbesondere für neuromuskuläre Erkrankungen: Mechanische Hustenhilfen (z. B. VibraVest) in Kombination mit einer manuellen abdominalen Kompression sind bei verminderter Hustenkraft und Luftwegsinfekten zur Sekretreinigung indiziert (ab z.B. PCF <200l/min bzw. unter Umständen schon <270l/min und VC <40% Soll).

Ein sofortiger Therapiebeginn ist medizinisch notwendig. Wir bitten daher um umgehende Bereitstellung und rasche Kostenübernahme für das o.g. verordnete Hilfsmittel.