

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

Infos / Literatur / Studien unter:  
[www.oxycore-gmbh.de/therapien/atemtherapie.html](http://www.oxycore-gmbh.de/therapien/atemtherapie.html)

<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Bronchiektasen <input type="checkbox"/> Atelektasen <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Mukoviszidose/ CF <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Lungenemphysem <input type="checkbox"/> Neuromusk. Erkrankungen <input type="checkbox"/> Reizhusten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit und Erschöpfungszustände	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner Patient / Angehöriger  Telefonnummer Patient / Angehöriger  Datum
--	---	---

Auf Grund o. g. Diagnose besteht eine Entzündung/ Verengung der Atemwege mit Atem-/ Sekretproblematik. Als physikalische Maßnahme zur Sekretolyse, Reinigung der Atemwege, verbunden mit der Verringerung der Gefahr von Exazerbationen, Lungenentzündung oder zur Stärkung der Atemmuskulatur, auch prä- und postoperativ wird deshalb ärztlich verordnet:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Acapella DM blau</b><br>(f. Senioren + Kinder)   | <input type="checkbox"/> <b>Acapella DH grün</b><br>(Flow ab 15 l/min)   | <input type="checkbox"/> <b>Acapella Choice</b><br>(autoklavierbar)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Acapella Duet mit Mundstück</b><br>(mit Adapter für gängige Vernebler)                    | <input type="checkbox"/> <b>RespiPro</b><br>manueller, flow-orientierter Atemtrainer<br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.9xxx                               |   |
| <input type="checkbox"/> <b>GeloMuc / Flutter</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0007 <br>Löst festsitzenden Bronchialschleim | <input type="checkbox"/> <b>PowerBreathe medic</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.01.0xxx    |   |
| <input type="checkbox"/> <b>RC-Cornet / PLUS / FIT - bitte auswählen</b><br>für die physikalische Behandlung der Schleimhäute der oberen Atemwege. Belüftet die Atemwege, reduziert den Schleim         | <input type="checkbox"/> <b>Peak-Flow-Meter</b><br>für Erwachsene und Kinder 60-800 l/min.<br>Hi-Mi-Nr. 21.24.01.0016   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>RC-Cornet - Basis Mund-Cornet</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0004  | <b>Als Inhalationshilfe wird verordnet:</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>RC-Cornet - für die Nase</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0004   | <input type="checkbox"/> <b>OptiChamber Diamond</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.03.1003  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>RC-Cornet PLUS - Mund-Cornet</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0013   | <input type="checkbox"/> Small mit Kindermaske (0-18 Monate)  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>RC-FIT CLASSIC</b> (In- und Expiration)<br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0018  | <input type="checkbox"/> Medium 1-5 Jahre   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Quake</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0005 <br>Für In- u. Expirationstraining                  | <input type="checkbox"/> Large ab 5 Jahre    |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Shaker Classic</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.9xxx <br>Löst Sekrete mittels Vibration         | <input type="checkbox"/> <b>VORTEX Inhalierhilfe</b><br>Hi-Mi-Nr. 14.24.03.1004   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>BA-Tube</b> zum Erlernen der Lippenbremse<br>Hi-Mi-Nr. 14.24.08.0009                     | <input type="checkbox"/> 0-2 Jahre (Babymaske) <input type="checkbox"/> ab 4 Jahre (Mundstück)  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Weitere Hilfsmittel:</b>  | <input type="checkbox"/> 2-4 Jahre (Kindermaske) <input type="checkbox"/> Erwachsenenmaske  |   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>TipsHaler Spacer MDI</b> <br>inkl. OrHal Maske für Kinder, Maske mit Nasensperre, daher kein Medikamentenverlust |   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>OrHal Maske mit Nasensperre</b> <br>ohne TipsHaler   |   |

☐ Hiermit bestätige ich den Erhalt\* des oben angekreuzten Hilfsmittels zur Atemtherapie mit folgender Serien-/Chargennr.:

\*Sie erhalten das Produkt direkt und sind daher mit der Weitergabe der Daten für die Abrechnung einverstanden.

Eine Befreiung der gesetzlichen Zuzahlung für das aktuelle Jahr liegt vor ☐ Ja ☐ Nein

Ort Datum Unterschrift (leserlich) des Empfängers