

Krankenkasse	
Name Versicherte/r	Geb. am
Adresse	Abweichende Lieferanschrift
Kassen-Nr.	!!! Versicherten-Nr. !!!
Vertragsarzt-Nr.	Datum

<b>Diagnosen</b>	<b>Vertragsarztstempel &amp; Unterschrift</b>	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger

## Hustenassistenz

Seite 1/2

### 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 Dispositon 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 Dispositon zu quälendem Husten, vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.

### Andere:

### Aufgrund o.g. Diagnose(n) 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)\*
  - Optional 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.

# VERORDNUNG

## für medizintechnische Hilfsmittel bei Atemwegserkrankungen

### - Entlassungsrelevante Hilfsmittel - zur Vorlage bei der Krankenkasse

**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).

<b>Verschreibung 1:</b> _____		<b>Verschreibung 2:</b> _____		
Modus:	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Manuell	
Cough-Trak (Inspirationtrigger):	<input type="checkbox"/> Ein	<input type="checkbox"/> Aus	<input type="checkbox"/> Ein	
Einatmungsdruck:	____ cmH <sub>2</sub> O		____ cmH <sub>2</sub> O	
Einatmungsflow:	<input type="checkbox"/> Niedrig	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Hoch	<input type="checkbox"/> Niedrig
Einatmungszeit:	____ s		<input type="checkbox"/> k.A	
Ausatmungsdruck:	____ cmH <sub>2</sub> O		____ cmH <sub>2</sub> O	
Ausatmungszeit:	____ 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 <sub>2</sub> O		<input type="checkbox"/> k.A	

<b>Verschreibung 3:</b> _____		<b>Perkussions-Modus (nur beim Comfort Cough II)</b>	
Modus:	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Mit Maske: Zur Sekretmobilisation und -beförderung bzw. Abtransport in Richtung der oberen Atemwege
Cough-Trak (Inspirationtrigger):	<input type="checkbox"/> Ein	<input type="checkbox"/> Aus	<input type="checkbox"/> Mit Gurt: High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO)
Einatmungsdruck:	____ cmH <sub>2</sub> O		Druck (0 bis +70cmH <sub>2</sub> O): _____
Einatmungsflow:	<input type="checkbox"/> Niedrig	<input type="checkbox"/> Mittel	Frequenz (10 bis 780 BPM): _____
Einatmungszeit:	____ s		
Ausatmungsdruck:	____ cmH <sub>2</sub> O		
Ausatmungszeit:	____ s		
Pausendauer:	____ s		
Oszillation:	<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> Free Aspire Modus (nur beim KALOS)
Frequenz:	____ Hz		Stufe 1-5: _____
Amplitude:	____ cmH <sub>2</sub> O		Dauer 0-30min: _____

**Weitere erforderliche Hilfsmittel / Zubehör:**

Absaugung - Gerät	Bezeichnung / Ausführung	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Netzabhangig		
<input type="checkbox"/> Netzunabhängig		
<input type="checkbox"/> Subglottisches Abbsauggerät		
<b>Absaugung - Zubehör</b>		
<input type="checkbox"/> Absaugkatheter (VPE 100 Stk.) _____ Stk.	<input type="checkbox"/> gerade <input type="checkbox"/> gebogen <input type="checkbox"/> CH _____ cm	
<input type="checkbox"/> Fingertip	_____ Stk	