

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

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Atemwegserkrankungen

- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnosen	Vertragsarztstempel & Unterschrift	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger

Hustenassistent

Seite 1/2

Diagnose:
Peak Cough Flow (PCF)-Wert: _____ l/min ☐ 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/Hustenassistent 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/Hustenassistent 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/Hustenassistent 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/Hustenassistent 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 Hustenassistent 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.

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: ☐ Manuell ☐ Auto
 Cough-Trak (Inspirationstrigger): ☐ Ein ☐ Aus
 Einatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Einatmungsflow: ☐ Niedrig ☐ Mittel ☐ Hoch
 Einatmungszeit: _____ s ☐ k.A.
 Ausatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Ausatmungszeit: _____ s ☐ k.A.
 Pausendauer: _____ s ☐ k.A.
 Oszillation: ☐ Einatmen ☐ Ausatmen ☐ Beide ☐ AUS
 Frequenz: _____ Hz ☐ k.A.
 Amplitude: _____ cmH₂O ☐ k.A.

Verschreibung 2: _____

Modus: ☐ Manuell ☐ Auto
 Cough-Trak (Inspirationstrigger): ☐ Ein ☐ Aus
 Einatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Einatmungsflow: ☐ Niedrig ☐ Mittel ☐ Hoch
 Einatmungszeit: _____ s ☐ k.A.
 Ausatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Ausatmungszeit: _____ s ☐ k.A.
 Pausendauer: _____ s ☐ k.A.
 Oszillation: ☐ Einatmen ☐ Ausatmen ☐ Beide ☐ AUS
 Frequenz: _____ Hz ☐ k.A.
 Amplitude: _____ cmH₂O ☐ k.A.

Verschreibung 3: _____

Modus: ☐ Manuell ☐ Auto
 Cough-Trak (Inspirationstrigger): ☐ Ein ☐ Aus
 Einatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Einatmungsflow: ☐ Niedrig ☐ Mittel ☐ Hoch
 Einatmungszeit: _____ s ☐ k.A.
 Ausatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Ausatmungszeit: _____ s ☐ k.A.
 Pausendauer: _____ s ☐ k.A.
 Oszillation: ☐ Einatmen ☐ Ausatmen ☐ Beide ☐ AUS
 Frequenz: _____ Hz ☐ k.A.
 Amplitude: _____ cmH₂O ☐ k.A.

☐ **Perkussions-Modus (nur beim Comfort Cough II)**

☐ **Mit Maske:** Zur Sekretmobilisation und -beförderung bzw. Abtransport in Richtung der oberen Atemwege

☐ **Mit Gurt:** High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO)

Druck (0 bis +70cmH₂O): _____

Frequenz (10 bis 780 BPM): _____

☐ **Free Aspire Modus (nur beim KALOS)**

Stufe 1-5: _____

Dauer 0-30min: _____

Weitere erforderliche Hilfsmittel / Zubehör:

Absaugung - Gerät	Bezeichnung / Ausführung	Sonstiges
☐ Netzabhängig		
☐ Netzunabhängig		
☐ Subglottisches Absauggerät		
Absaugung - Zubehör		
☐ Absaugkatheter (VPE 100 Stk.) _____ Stk.	☐ gerade ☐ gebogen ☐ CH _____ cm	
☐ Fingertip	_____ Stk	