

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

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Atemwegserkrankungen
zur Vorlage bei der Krankenkasse

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

Versorgung mit Simeox - Sekretmobilisationsgerät

Aufgrund der aufgeführten Erkrankungen und Beschwerden ist eine verbesserte mukoziliäre Clearance erforderlich, um einer Verschlechterung des Gesundheitszustands entgegenzuwirken bzw. den Gesundheitszustand stabil zu halten.

Der o.g. Patient hat folgende Erkrankung(en)	In Verbindung mit:
☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ☐ Bronchiektasen ☐ Chronische Bronchitis ☐ Lungenemphysem ☐ Asthma/Chronische asthmatische Beschwerden ☐ Alpha-1-Antitrypsinmangel ☐ Mukoviszidose (Cystische Fibrose (CF)) ☐ Primäre Ciliäre Dyskinesie (PCD) / Kartagener Syndrom ☐ Z.n. Pneumonie ☐ Andere: _____	☐ Vermehrter Sekretbildung ☐ Zähem Bronchialsekret (Mucus) ☐ Verminderter mukoziliärer Clearance ☐ Rezidivierender pulmonaler Infektexazerbation ☐ Überblähung der Lunge ☐ Chronischer bakterieller Infektion der unteren Atemwege durch ☐ Staphylococcus aureus ☐ MRSA ☐ Pseudomonas ☐ Andere Keime/Pilze: _____

Die bisherige sekretolytische Therapie umfasst:

Feuchtinhalation mit	PEP-System (Maske/Gerät):	Heilmitteltherapie
☐ AirForce One ☐ PARI Boy ☐ PARI eFlow ☐ Andere: _____	☐ Acapella ☐ GeloMuc ☐ RC-Cornet / RC-Cornet Plus ☐ Andere: _____	☐ Ambulante Atemphysiotherapie / selbstständig durchgeführte atemphysiotherapeutische Übungen (z.B. autogene Drainage)
☐ Sonstige Hilfsmittel: _____		

Diese Therapie(n) konnte(n) zuletzt keine ausreichende und dauerhafte Sekretolyse bewirken.

Eine Erläuterung der Wirkweise des Simeox sowie die Angaben zur verordneten Anwendungshäufigkeit, Programmwahl und Signalamplitude finden Sie auf der zweiten Seite (Rückseite) dieses Formulars.

Versorgung mit Simeox - Sekretmobilisationsgerät

Deshalb wurde das Hilfsmittel Simeox getestet. Wie andere vergleichbare Hilfsmittel wird Simeox im Rahmen selbständiger atemphysiotherapeutischer Übungen (z.B. Autogene Drainage) eingesetzt und greift auf die Methode der thorakalen Oszillation/Vibration zurück. Das Gerät erzeugt ein pneumatisches Signal, das über die Atemwege auf die Lunge übertragen wird. Es verflüssigt dabei das Sekret, schert durch Beschleunigung des Luftflusses Sekret von den Bronchialwänden ab und stärkt den Zilienschlag, so dass der Transport des Bronchialsekrets in die zentralen Atemwege zum anschließenden selbständigen Abhusten gefördert wird. Diese Form der Sekretmobilisation erfolgt in Ruheatmung und es sind keine forcierten Atemmanöver erforderlich.

Die Testung mit Simeox erfolgte im Zeitraum vom _____.202__ bis _____.202__ in mehreren Sitzungen.

Folgende Effekte konnten festgestellt werden und unterstreichen die medizinische Notwendigkeit:	
☐ Vermehrte Sputum-/Sekretmenge	☐ Erreichen tieferer/distaler Lungenbereiche
☐ Deutlich verkürzte Zeit zur Sekretclearance	☐ Verringerung des Residualvolumens / Entblähung
☐ Leichteres Abhusten des Sekrets	☐ Vorbeugen von pulmonalen Infektexazerbationen
☐ Reduktion unproduktiver Hustenstöße	☐ Verbessertes Allgemeinbefinden
☐ Verringerte Ermüdung wegen geringerer Ausatemanstrengung im Vergleich zu anderen Therapien	☐ Schnelleres Genesen von Infekten
☐ Verringerte Dyspnoe	☐ Weitere Effekte: _____
☐ Verbesserung der Leistungsfähigkeit	
☐ Verbesserte Viskosität des Sekrets (subjektiv/objektiv)	

Der Patient hat Simeox mit großer Akzeptanz angewandt und konnte während der Testung eine höhere Therapieeffektivität erzielen als mit den zuvor eingesetzten Hilfsmitteln.

Therapieverordnung

Die / Der oben genannte Patient / Patientin benötigt aufgrund der aufgeführten Erkrankung(en) das Gerät Simeox für die häusliche Anwendung zur Stabilisierung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes und um Komplikationen zu reduzieren.

Verordnete Geräteeinstellungen von Simeox:

(mit Verlaufskontrollen und ggf. Einstellungsanpassungen durch den behandelnden Physiotherapeuten/Arzt)

Anwendung	Programmwahl	Signalamplitude (POWER)
☐ 1x täglich (d.h. 2 Ausatmungs-Kits pro Monat)	☐ Programm 1 (6 Ausatmungen pro Therapiezyklus)	☐ 25%
☐ 2x täglich (d.h. 3 Ausatmungs-Kits pro Monat)	☐ Programm 2 (8 Ausatmungen pro Therapiezyklus)	☐ 50%
☐ 3x täglich (d.h. 4 Ausatmungs-Kits pro Monat)	☐ Programm 3 (10 Ausatmungen pro Therapiezyklus)	☐ 75%
☐ 4x täglich (d.h. 5 Ausatmungs-Kits pro Monat)		☐ 100%

Das verordnete Gerät ist im Einzelfall erforderlich zur Behandlung der aufgeführten Erkrankung(en).

Da alternative und kostengünstigere Hilfsmittel nicht ausreichend bzw. nicht anwendbar sind, ist eine Versorgung mit dem Hilfsmittel Simeox notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich.

Wir bitten um Zusage der Kostenübernahme zur Behandlung der Erkrankung im Einzelfall.

Anlagen (optional):

☐ Die zuletzt durchgeführte Bodyplethysmographie liegt bei

☐ Andere Diagnostik/Arztbriefe: _____

Bemerkungen

S. 2/2