

Nachname Patient:

Vorname Patient:

Strasse:

PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Geb. Datum (Patient):

Telefon (Patient):

E-Mail (Patient):

Kostenträger:

KV-Nr.:

Pflegeheim:

Geplante Entlassung:

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannter Patient/in befindet sich in unserer ambulanten und stationären Betreuung. Im Rahmen der Grunderkrankung hat sich eine schwere Hustenschwäche entwickelt. Dies führt zu einer Sekretretention und Infektionen der unteren Atemwege. Durch assistiertes Husten und Atemphysiotherapie konnte die Hustenschwäche nicht ausreichend behandelt werden.

Daher ist eine Versorgung mittels Hustenassistent E 70 erforderlich

Mit dem Hustenassistenten E 70 konnte eine gute Hustenunterstützung und Sekretmobilisation erreicht werden. Entsprechend der Empfehlung der AWMF-Leitlinie (Nicht-invasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz) haben wir das Gerät verordnet. Das verordnete Gerät verfügt über einen sog. Trigger (d.h. der Patient löst durch seine eigene Atmung das Gerät aus und das Husten erfolgt synchron). Das Gerät ist transportabel und verfügt über einen Akku. Ähnlich wie ein Absauggerät kann es also mitgeführt werden. Für unseren Patienten mit schwerer Husteninsuffizienz ist die stetige Verfügbarkeit dieses Hilfsmittels, auch außerhalb seiner Wohnung, lebenswichtig. Ein vergleichbares Hilfsmittel ist zurzeit nicht verfügbar.

Mit freundlichen Grüßen,

 Ort, Datum

 Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik

Parameter E70 für Patient _____

Anwendung: Maske Mundstück Tracheostoma
Größe: _____

Verschreibung 1:

Modus Manuell Auto
Cough-Track Ein Aus
Einatemungsdruck _____ cmH₂O
Einatemungsflow Niedrig Mittel Hoch
Einatemungszeit _____ s
Ausatemungsdruck _____ cmH₂O
Ausatemungszeit _____ s
Pausendauer _____ s
Oszillation Aus Einatmen Ausatmen Beide
Frequenz _____ Hz
Amplitude _____ cmH₂O

Verschreibung 2:

Modus Manuell Auto
Cough-Track Ein Aus
Einatemungsdruck _____ cmH₂O
Einatemungsflow Niedrig Mittel Hoch
Einatemungszeit _____ s
Ausatemungsdruck _____ cmH₂O
Ausatemungszeit _____ s
Pausendauer _____ s
Oszillation Aus Einatmen Ausatmen Beide
Frequenz _____ Hz
Amplitude _____ cmH₂O

Verschreibung 3:

Modus Manuell Auto
Cough-Track Ein Aus
Einatemungsdruck _____ cmH₂O
Einatemungsflow Niedrig Mittel Hoch
Einatemungszeit _____ s
Ausatemungsdruck _____ cmH₂O
Ausatemungszeit _____ s
Pausendauer _____ s
Oszillation Aus Einatmen Ausatmen Beide
Frequenz _____ Hz
Amplitude _____ cmH₂O

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik