

Nachname Patient:

Vorname Patient:

Geb. Datum:

Strasse:

PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

## Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Telefon (Patient):

E-Mail (Patient):

Kostenträger:

Versicherungs Nr.:

Geplante Entlassung:

Pflegeheim:

Diagnose:

**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. Assistiertes Husten und die klassische Atemphysiotherapie bewirken zwar eine gewisse Verbesserung der Sekretmobilisation, können aber den Hustenstoß nicht ausreichend verbessern.

Die Vitalkapazität ist mit            % deutlich reduziert

Der maximale Hustenstoß liegt bei            l/min

Daher ist eine Versorgung mittels Hustenassistent            erforderlich.

Mit dem Hustenassistenten            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.

**Individuelle Begründung:**

Parameter für Patient: \_\_\_\_\_

Anwendung: ☐ Maske Größe: \_\_\_\_\_ ☐ Mundstück ☐ Tracheostoma

| Programm             | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------|---|---|---|---|
| Modus                |   |   |   |   |
| Einatmungsdruck      |   |   |   |   |
| Einatmungsflow       |   |   |   |   |
| Flow-Optionen (MI-E) |   |   |   |   |
| Cough-Trak           |   |   |   |   |
| Einatmungszeit       |   |   |   |   |
| Ausatmungsdruck      |   |   |   |   |
| Ausatmungszeit       |   |   |   |   |
| Pausendauer          |   |   |   |   |
| Oszillation          |   |   |   |   |
| Frequenz             |   |   |   |   |
| Amplitude            |   |   |   |   |
|                      |   |   |   |   |
|                      |   |   |   |   |
|                      |   |   |   |   |
|                      |   |   |   |   |
|                      |   |   |   |   |

Zubehör: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Stempel & Unterschrift des Arztes / Der Klinik