

## Kostenübernahmeantrag für nicht-invasive Beatmung

Nachname Patient:

Vorname Patient:

Geb. Datum:

Strasse:

PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Telefon (Patient):

E-Mail (Patient):

Kostenträger:

Versicherungs Nr.:

Geplante Entlassung:

Pflegeheim:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir im Namen unserer o.g. Patientin/unsere Patienten die Kostenübernahme für die nicht-invasive Beatmung im PLBV-Modus (Pursed Lip Breathing Ventilation) mit Hilfe des nicht-invasiven Beatmungsgerätes eva. Die Patientin/der Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ in unserer stationären Behandlung.

**Diagnose:** Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) im GOLD-Stadium \_\_\_\_ mit hyperkapnischer respiratorischer Insuffizienz. Die aktuellen Lungenfunktionsmessungen weisen neben einer ausgeprägten Obstruktion eine schwergradige alveoläre Überblähung mit einem Residualvolumen von \_\_\_\_ Litern auf, was \_\_\_\_ % des Sollwertes entspricht. Diese Überblähung trägt maßgeblich zur Verschlechterung der respiratorischen Situation der Patientin/des Patienten bei.

Die Patientin/der Patient wird bereits mit einer nicht-invasiven Beatmungstherapie versorgt. Jedoch ist das aktuell eingesetzte Beatmungsgerät nicht in der Lage, die bestehende alveoläre Überblähung effektiv zu reduzieren, da der zwingend erforderliche PLBV-Modus in diesem Gerät nicht verfügbar ist. In Anbetracht der klinischen Situation und der vorliegenden pathophysiologischen Parameter ist die Indikation zur Anwendung des PLBV-Modus eindeutig gegeben.

Die Verwendung des PLBV-Modus ermöglicht es, durch kontrolliertes Ausatmen gegen einen einstellbaren Widerstand die alveoläre Überblähung signifikant zu reduzieren, was nachweislich zu einer Verringerung der Hyperkapnie und einer Steigerung der Lebensqualität führt. Die Vermeidung von Erstickungsängsten infolge des Deventilationssyndroms sowie die Reduktion von Exazerbationen und damit verbundenen Krankenhausaufenthalten sind ebenfalls prognostisch zu erwarten.

Wir möchten Sie daher nachdrücklich bitten, der Kostenübernahme für die spezifizierte Beatmungstherapie im PLBV-Modus zuzustimmen. Ein Zögern oder Ablehnen dieser Maßnahme könnte den Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten erheblich gefährden und unnötige Folgeerkrankungen verursachen.

Für Rückfragen oder weitere Informationen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Durchwahl: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes / der Klinik