

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für einen Hustenassistenten mit Oszillation



Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Mobil

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/ Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei oben genannten Patienten besteht auf Grund seiner Erkrankung eine muskuläre Insuffizienz der expiratorischen Atemmuskulatur und der Abdominalmuskulatur. Beide sind an einem produktiven Hustenstoß, der tussiven Clearance, maßgeblich beteiligt. Um den reduzierten PCF (Peak Cough Flow) auszugleichen, setzten wir in unserer Klinik erfolgreich einen Cough Assist mit Oszillation ein, der den Hustenstoß simuliert. Die oszillativen Schwingungen lösen zuvor das Sekret von der Bronchialschleimhaut, so dass ein Abtransport in die proximalen Atemwege stattfinden kann. Besonders tiefliegendes und dickflüssiges Sekret wird mobilisiert, wodurch alle Bereiche der Lunge gereinigt bzw. belüftet werden. Die Bronchialtoilette gilt als Pneumonieprophylaxe und kann unter Umständen weitere Krankenhausaufenthalte vermeiden.

Einstellparameter:

Einatemzeit	Ausatemzeit	Pausenzeit	
Insp. Druck	Exsp. Sog	Frequenz	Amplitude

Oszillationsparameter:

Einatmung	Ausatmung	Beides
-----------	-----------	--------

Hiermit verordnen wir einen Hustenassistenten mit Perkussion und Oszillation und bitten um schnelle Kostenübernahme.

Besonderheiten:

Datum	Unterschrift Arzt/ Stempel
-------	----------------------------

Hinweis zum Patientenwahlrecht

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich des Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.

Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztliche verordnete Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Therapie durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Schnieglinger Str. 162, 90425 Nürnberg durchführen zu lassen.

<i>Ort/ Datum</i>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Unterschrift</i>
-------------------	----------------------	---------------------

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen!

<i>Ort/ Datum</i>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Unterschrift</i>
-------------------	----------------------	---------------------