

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme einer individuell angepassten Beatmungsmaske nach Gesichtsabdruck



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

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/ Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon

Zur effektiven Therapie der Erkrankung ist eine Maskenbeatmung erforderlich. Unter der Therapie wurde eine weitgehende Beseitigung der Atempausen und Sauerstoffmangelzustände erzielt.

Leider kommt es bei Verwendung der üblichen konventionellen Masken, einerseits zu ausgeprägten Druckstellen. Andererseits kommt es bei Verwendung von Industriemasken zum Teil zu Maskenleckagen, so dass der nötige Beatmungsdruck nicht erreicht werden kann, bzw. besteht die Gefahr einer Konjunktivitis. Dadurch ist eine effektive Beatmung nicht möglich.

Wir haben bereits verschiedene verfügbare konventionelle Masken probeweise eingesetzt.

Es konnte mit keiner ein befriedigendes Ergebnis erzielt werden. Erfahrungsgemäß ist die Haltbarkeit einer Individualmaske länger als die der Industriemaske und die Patientencompliance gesteigert.

Aus diesen Gründen verordnen wir eine speziell angepasste Beatmungsmaske nach Gesichtsabdruck. Wir bitten um Kostenübernahme für die Anpassung und Anfertigung der Individualmaske.

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>
-------------------	----------------------	---------------------