

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme eines Inhalationsgerätes



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

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/ Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon

Zur Fortsetzung der Therapie im nachstationären Bereich werden folgende Hilfsmittel empfohlen:

	Inhalationsgerät:
	Interface:

Verordnete Inhalationshäufigkeit: _____ / Tag

Die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH übernimmt die Lieferung und Einweisung in den richtigen Gebrauch der Hilfsmittel nach dem Medizinproduktegesetz. Sie steht auch nach Entlassung bei Problemen, u.a. mit einem 24-Stunden Notdienst zur Verfügung.
Wir bitten im Namen des Versicherten um Kostenübernahme.

Besonderheiten: _____

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