

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Leistungserbringer:
 NRI Medizintechnik GmbH
 Eversbuschstr. 194 b
 80999 München
 Tel.: 089 - 81 888 100
Fax: 089 - 81 221 10
E-Mail: vo@nri-med.de
 www.nri-med.de

Tel.-Nr. Patient: _____ ggf. Entlassdatum: _____

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung Verordnung für medizintechnische Hilfsmittel bei Atemwegserkrankungen

Diagnose

- Asthma:** Durch ein Asthmaleiden mit hohem Schweregrad besteht eine chronische Entzündung der Atemwege, mit vermehrter Sekretion von Schleim, Sekretretention, Verkrampfung der Bronchialmuskulatur sowie Bildung von Ödemen der Bronchialschleimhaut. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Muskeldystrophie/ALS:** In Folge der Erkrankung ALS oder der genetischen Erkrankung Muskeldystrophie führt eine zunehmende Muskelschwäche zu Atem- und Abhustschwäche, mit der Folge von vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Bronchiektasen:** Akute/chronische Entzündungsvorgänge mit der Disposition zu quälendem Husten, vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Mukoviszidose/Cystische Fibrose:** Durch den zähflüssigen Schleim in den Bronchien kommt es zu akuten/chronischen Entzündungsvorgängen mit der Disposition zu quälendem Husten, vermehrter Sekretion von Schleim und Sekretretention. Zur Reduktion der Exazerbationsrate ist eine effiziente Sekretolyse/Hustenassistenz erforderlich.
- Andere:** _____

Aufgrund o.g. Diagnose wird zur Sekretolyse und Abhusterleichterung ärztlich verordnet:

Hustenassistent mit Vibrationsmodus

Manuelle / automatische Auslösung von In- und Expiration. Zur Verflüssigung von zähem Schleim und gleichzeitiger Hustenassistenz sowie Reduktion der Sekretretention und Exazerbationsrate.

- KALOS** HMV-Nr. 14.24.08.3011*
- Comfort Cough II** optional mit High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO)*
- Mit Perkussions-Gurt zur HFCWO Gr. XS Gr. S Gr. M Gr. L

Weitere Hilfsmittel zur Sekretmobilisation (z.B. VibraVest, GeloMuc, Cornet, Flutter o.A.): _____

Relevanter Wert: PCF (Peak Cough Flow):

Gilt insbesondere für neuromuskuläre Erkrankungen: Mechanische Hustenhilfen (z. B. CoughAssist) sind bei verminderter Hustenkraft und Luftwegsinfekten zur Sekretreinigung und Reduktion der Exazerbationsrate indiziert (ab z.B. PCF <200l/min bzw. unter Umständen schon <270l/min und VC <40% Soll).

Parameter				
Modus	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Auto		
Cough-Trak (Inspirationstrigger):	<input type="checkbox"/> Ein	<input type="checkbox"/> Aus		
Einatemungsdruck:	cmH ₂ O			
Einatemungsflow:	<input type="checkbox"/> Niedrig	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Hoch	
Einatemungszeit:	s	<input type="checkbox"/> k. A.		
Ausatmungsdruck:	cmH ₂ O			
Ausatmungszeit:	s	<input type="checkbox"/> k. A.		
Pausendauer:	s	<input type="checkbox"/> k. A.		
Oszillation:	<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Aus
Frequenz:	Hz	<input type="checkbox"/> k. A.		
Amplitude	Hz	<input type="checkbox"/> k. A.		

Free Aspire Modus (nur beim KALOS)

Stufe 1-5: _____
 Dauer 0-30min: _____

Perkussions-Modus (nur beim Comfort Cough II)

- Mit Maske: Zur Sekretmobilisation und -beförderung bzw. Abtransport in Richtung der oberen Atemwege
- Mit Gurt: High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO)

Druck (0 bis +70cm H₂O): _____
 Frequenz (10 bis 780 BPM): _____

Sonstiges: (Bitte geben Sie hier abweichende Lieferadresse, Ansprechpartner bei Anlieferung sowie weitere Besonderheiten an.)

Ein sofortiger Therapiebeginn ist medizinisch notwendig. Wir bitten daher um umgehende Bereitstellung und rasche Kostenübernahme. Ein Kostenvoranschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen von der Vertriebsfirma (NRI Medizintechnik GmbH) bzw. vom Patienten zu.

Die Patientin / der Patient wurde gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V über sein Patientenwahlrecht informiert und beauftragt die Firma NRI Medizintechnik GmbH mit seiner Versorgung. Ein Kostenvoranschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen vom Leistungserbringer NRI Medizintechnik GmbH zu.

Ort, Datum / Unterschrift Arzt / Stempel