

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
		geb. am:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Atemwegserkrankungen

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnose	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner Patient / Angehöriger
		Telefonnummer Patient / Angehöriger

- Quake oszillierendes Atemtherapiegerät Hi-Mi-Gr. 14.24.08.0005			<input type="checkbox"/>
- POWERbreathe Atemtrainer Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx	K3 <input type="checkbox"/>	KH2 <input type="checkbox"/>	medic <input type="checkbox"/>
- Inhalationsgerät (druckluftbetr. Düsenvernebler) z.B. „InhaCare“ Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx			<input type="checkbox"/>
- Feucht-Warm-Inhalationsgerät z.B. „Salivent“ Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx			<input type="checkbox"/>
- Inhalationsgerät (Ultraschallvernebler) z.B. „InhaCare USV“ Hi-Mi-Gr. 14.24.00.0xxx			<input type="checkbox"/>
- IPPB-Überdruckinhalationsgerät (m. integr. Ausatemwiderstand) z.B. „InhaCare AL 2“ Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!			<input type="checkbox"/>
- MyAirvo High-Flow-Technik von 15-45 l/min Warmluftbefeuchter+ O ₂ -Option			<input type="checkbox"/>

Weitere Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/>
