

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

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

- <b>Quake</b> oszillierendes Atemtherapiegerät Hi-Mi-Gr. 14.24.08.0005		<input type="checkbox"/>
- <b>POWERbreathe</b> Atemtrainer Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx	K3 <input type="checkbox"/>	KH2 <input type="checkbox"/> medic <input type="checkbox"/>
- <b>Inhalationsgerät</b> (druckluftbetr. Düsenvernebler) z.B. „InhaCare“ Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx		<input type="checkbox"/>
- <b>Feucht-Warm-Inhalationsgerät</b> z.B. „Salivent“ Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx		<input type="checkbox"/>
- <b>Inhalationsgerät</b> (Ultraschallvernebler) z.B. „InhaCare USV“ Hi-Mi-Gr. 14.24.00.0xxx		<input type="checkbox"/>
- <b>IPPB-Überdruckinhalationsgerät</b> (m. integr. Ausatemwiderstand) z.B. „InhaCare AL 2“ <b>Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!</b>		<input type="checkbox"/>
- <b>Atemtherapiegerät</b> zur intrapulmonalen Perkussion z.B. „InhaCare AP 4“ „Alveola P4 HC“ <b>Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!</b>		<input type="checkbox"/>
- <b>MyAirvo</b> High-Flow-Technik von 15-45 l/min Warmluftbefeuchter+ O2-Option		<input type="checkbox"/>

**Weitere Hilfsmittel:**

	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------