

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 mit Unterschrift	Ansprechpartner Patient / Angehöriger
		Telefonnummer Patient / Angehöriger

- Quake oszillierendes Atemtherapiegerät Hi-Mi-Gr. 14.24.08.0005	<input type="checkbox"/>
- Watchhaler Kinderinhalationshilfe für Dosieraerosole (MDI) Hi-Mi-Gr. 14.24.0.1001	<input type="checkbox"/>
- SpiroTiger Atemtrainer zur Kräftigung der Atemmuskulatur	<input type="checkbox"/>
- Inhalationsgerät (druckluftbetr. Düsenvernebler) z.B. „InhaCare“ 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"/>
- Inhalationssystem zur atemunterstützten, kontrollierten Inhalation z.B. „AKITA“ Hi-Mi-Gr. 14.24.01.3001 – Kürzere Inhalationszeiten, Hohe intrathorakale Deposition	<input type="checkbox"/>
- IPPB-Überdruckinhalationsgerät (m. integr. Ausatemwiderstand) z.B. „InhaCare AL 2“ Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!	<input type="checkbox"/>
- Atemtherapiegerät zur intrapulmonalen Perkussion z.B. „InhaCare AP 4“ „Alveola P4 HC“ Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!	<input type="checkbox"/>
- VibraWest - hochfrequente Vibrations-Weste (HFCWO)	<input type="checkbox"/>

Weitere Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/>
