

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. 14.24.08.0xxx <b>Atemtraining durch „IMT“ – Inspiratorisches-Muskel-Training</b>	K1	K3	KH1	medic	<input type="checkbox"/>
- <b>Inhalationsgerät</b> , z.B. Allegro Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx					<input type="checkbox"/>
- <b>Inhalationshilfe</b> , z.B. LiteAireSpacer Hi-Mi-Gr. 14.24.01.0xxx					<input type="checkbox"/>
- <b>Inhalationsgerät</b> (Ultraschallvernebler) z.B. „multisonic@InfraControl – mobil durch Akku Hi-Mi-Gr. 14.24.10.0xxx					<input type="checkbox"/>
- <b>IPPB-Überdruckinhalationsgerät</b> (m. integr. Ausatemwiderstand) z.B. Aerolife 2 IPPB Hi-Mi-Gr. 14.24.03.0008 <b>Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!</b>					<input type="checkbox"/>
- <b>Atemtherapiegerät</b> zur intrapulmonalen Perkussion z.B. „Alveola P4 HC“ Hi-Mi-Gr. 14.24.03.xxxxx <b>Alternative Therapie zur Zeit nicht möglich!</b>					<input type="checkbox"/>

**Weitere Hilfsmittel:**

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