

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

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

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.
- COPD:** Auf Grund einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) im fortgeschrittenen Stadium (Gold III-IV)) hat sich eine bakterielle Dauerbesiedlung der Lunge etabliert, die regelmäßig zu akuten Lungenentzündungen führt, mit der Folge von vermehrter Sekretion von Schleim sowie Sekretretention. 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.

Diagnosen und Bemerkungen:

Indikation

Zur Sekretolyse und Abhusterleichterung wird deshalb ärztlich verordnet:

- Pulsar Cough** mit manueller / automatischer Auslösung von In- und Expiration und Doppelschlauchsystem. Zur Verflüssigung von zähem Schleim und gleichzeitiger Hustenassistenz sowie Reduktion der Sekretretention und Exazerbationsrate

Pulsar Cough Hustenassistent IPAP _____ EPAP _____ Insp.Zeit _____
 Pause _____ Frequenz _____

Relevanter Wert: PCF (Peak Cough Flow): _____

Gilt insbesondere für neuromuskuläre Erkrankungen: Mechanische Hustenhilfen (z. B. PulsarCough) 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).

Ein sofortiger Therapiebeginn ist medizinisch notwendig. Wir bitten daher um umgehende Bereitstellung und rasche Kostenübernahme für die o.g. verordneten Hilfsmittel.

Verordnung PulsarCough 11/2011