

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

Seite 1/2

Vertragsarztstempel mit Unterschrift	Ansprechpartner Patient / Angehöriger Telefonnummer Patient / Angehöriger Datum
---	---

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.
- 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.
- Andere:**

Auf Grund o. g. Diagnose wird zur Sekretolyse und Abhusterleichterung ärztlich verordnet:

- CoughAssist E70 HMV-Nr.14.24.08.3003 Hustenassistent mit Vibrationsmodus.**
Manuelle / automatische Auslösung von In- und Expiration und mit Doppelschlauchsystem. Zur Verflüssigung von zähem Schleim und gleichzeitiger Hustenassistenz sowie Reduktion der Sekretretention und Exazerbationsrate.
***Parameter s. S. 2!**
- Weitere Hilfsmittel zur Sekretmobilisation (z.B. VibraVest, GeloMuc, Cornet, Flutter o.A.):**

Ein sofortiger Therapiebeginn ist medizinisch notwendig. Wir bitten daher um umgehende Bereitstellung und rasche Kostenübernahme.

Parameter:**Relevanter Wert: PCF (Peak Cough Flow):**

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

Verschreibung 1: _____

Modus: Manuell Auto
 Cough-Trak (Inspirationstrigger): Ein Aus
 Einatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Einatmungsflow: Niedrig Mittel Hoch
 Einatmungszeit: _____ s k.A.
 Ausatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Ausatmungszeit: _____ s k.A.
 Pausendauer: _____ s k.A.
 Oszillation: Einatmen Ausatmen Beide AUS
 Frequenz: _____ Hz k.A.
 Amplitude: _____ cmH₂O k.A.

Verschreibung 2: _____

Modus: Manuell Auto
 Cough-Trak (Inspirationstrigger): Ein Aus
 Einatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Einatmungsflow: Niedrig Mittel Hoch
 Einatmungszeit: _____ s k.A.
 Ausatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Ausatmungszeit: _____ s k.A.
 Pausendauer: _____ s k.A.
 Oszillation: Einatmen Ausatmen Beide AUS
 Frequenz: _____ Hz k.A.
 Amplitude: _____ cmH₂O k.A.

Verschreibung 3: _____

Modus: Manuell Auto
 Cough-Trak (Inspirationstrigger): Ein Aus
 Einatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Einatmungsflow: Niedrig Mittel Hoch
 Einatmungszeit: _____ s k.A.
 Ausatmungsdruck: _____ cmH₂O
 Ausatmungszeit: _____ s k.A.
 Pausendauer: _____ s k.A.
 Oszillation: Einatmen Ausatmen Beide AUS
 Frequenz: _____ Hz k.A.
 Amplitude: _____ cmH₂O k.A.

Datenschutzhinweis:

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firmen der OxyCare Medical Group, Hauptsitz Bremen, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Unternehmen der OxyCare Medical Group, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich, neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Die Unternehmen der „OxyCare Medical Group“ verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des BDSG n.F. sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet u.a. im Zusammenhang mit der Auftrags- bzw. Vertragsbearbeitung statt. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ist in Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO normiert. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten auch aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO). § 147 Abs. 1 Nr. 2-4, Abs. 3 AO normiert eine Aufbewahrungspflicht für die steuerlichen Belange. Handels- bzw. Geschäftsbriefe wie Eingangs- und Ausgangsrechnungen, Lieferscheine, Kostenvorschläge und Verträge dürfen bereits von Gesetzes wegen innerhalb der maßgeblichen Frist (10 Jahre) nicht gelöscht werden. Bei von einem Unternehmer versandten Lieferschein endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Infos enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.“

OXYCARE Medical Group, Bremen
 24.05.2018 Revision 0