Hilfsmittelverordnung Hustenunterstützer

Mechanischer In- und Exsufflator/mechanische Hustenunterstützung

Gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie

Patientendaten

Krankenkasse/Kostenträger ☐ gesetzlich ☐ privat

Name der Krankenkasse

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Abweichende Lieferanschrift

☐ Reha
☐ KZP
☐ PH

Angehörige/Pflegeeinrichtung

Telefon

Verordnerangaben

Anschrift Klinik/Arzt/Stempel

Arzt-Nummer

Betriebsstätten-Nummer

Ansprechpartner für Rückfragen (z.B. Sozialdienst / Station)

Telefonnummer Ansprechpartner für Rückfragen

Entlassungsdatum ☐ bereits entlassen

gewünschtes Lieferdatum

Tracheotomiert ☐ ja ☐ nein

sonstige Informationen

Diagnose/n: ☐ Neuromuskuläre Erkrankung (NME) ☐ sonstige neuromuskuläre/muskuläre Ursache: ☐ sonstige Ursache:

Bei der oben genannten Grunderkrankung besteht eine klinisch relevante Husteninsuffizienz mit unzureichender Sekretclearance. Bisherige Maßnahmen sind nicht ausreichend wirksam bzw. nicht ausreichend durchführbar. Die Versorgung mit einem mechanischen In- und Exsufflator wird zur individuell angepassten Hustenunterstützung und Sekretmobilisation verordnet. Therapieziel ist die Verbesserung der Sekretentfernung und die Verringerung des Risikos sekretbedingter respiratorischer Komplikationen. Die konkrete Einstellung erfolgt individuell nach Wirksamkeit und Verträglichkeit.

Klinische Indikation

- ☐ Ineffektiver Hustenstoß/Husteninsuffizienz
- ☐ Sekretretention trotz bisheriger Maßnahmen
- ☐ Wiederholte respiratorische Infekte/Atelektasen
- ☐ Unterstützung bei invasiver Beatmung/Tracheostoma
- ☐ Sonstiges: _____

Therapiewerte:

Modus: ☐ auto ☐ manuell

INS-Druck		EXS-Druck	
INS-Trigger		Druckanstiegszeit	
Tin		Tex	
Rampe:		Pause	
Behandlungszyklen		Oszillationsfrequenz	
Oszillation Insp.	☐ ja	Oszillation Exsp.	☐ ja
Insufflationsamplitude		Exsufflationsamplitude	

Benötigte Hilfsmittelversorgung

☐ Mechanischer In- und Exsufflator (MI-E),individuell einstellbar:
HiMi:14.24.08.3

Typ _____

☐ _____ Stk. Schlauchsystem mit Filter

☐ _____ Stk. Maske Größe _____

☐ _____ Stk. Tubusverlängerung _____ cm

X _____

Ausstellungsdatum Unterschrift / Stempel Arzt

Diese Verordnung bitte vorab per Fax an 0 51 27 / 40 93 89 9 oder hilfsmittel@luchs-medizin.de

LUCHS MEDIZIN

LUCHS Medizin GmbH & CO. KG
Siemensstraße 5
31177 Harsum

Tel.: 0 51 27 / 40 93 89 0
oder Notdienst: 0 800 / 5 82 47 00