

# Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für Hustenassistenzgerät Breas - Clearo

<b>Krankenkasse/Kostenträger:</b>	
<b>Name und Anschrift des Versicherten:</b>	<b>Klinik / Arzt:</b>
<b>geb. am:</b>	
<b>Versicherten-Nr.:</b>	<b>Ansprechpartner:</b>

**Diagnose:**

**Zubehör:** ☐ Schlauchsystem ☐ Bakterienfilter ☐ Sauerstoffmonitoring ☐ Fernbedienung  
☐ Leckage - Schlauchsystem für NIV und IPPB  
☐ Mundstück incl. Zubehör ☐ Maske Gr. ☐ Tubusverlängerung Silikon

Parameter	Profil 1:	Profil 2:	Profil 3:	Profil 4:
<b>Modus</b>	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis-Auto <input type="checkbox"/> Programmiert <input type="checkbox"/> IPPB <input type="checkbox"/> NIV	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis-Auto <input type="checkbox"/> Programmiert <input type="checkbox"/> IPPB <input type="checkbox"/> NIV	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis-Auto <input type="checkbox"/> Programmiert <input type="checkbox"/> IPPB <input type="checkbox"/> NIV	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis-Auto <input type="checkbox"/> Programmiert <input type="checkbox"/> IPPB <input type="checkbox"/> NIV
<b>INS</b>				
<b>INS Trig.</b>				
<b>Ti</b>				
<b>Anstieg</b>				
<b>INS. Atemzüge (vor Exsufflation)</b>	Anzahl (No.): ____ INS Typ: Standard gestuft	Anzahl (No.): ____ INS Typ: Standard gestuft	Anzahl (No.): ____ INS Typ: Standard gestuft	Anzahl (No.): ____ INS Typ: Standard gestuft
<b>EXS</b>				
<b>Te</b>				
<b>Pause</b>				
<b>Freq. Oszillation</b>				
<b>INS Oszillation</b>				
<b>EXS Oszillation</b>				
<b>Behandlungszyklen</b>				
<b>Rekrutierungs- atemzüge</b>				
<b>IPPB Parameter</b>	Flow: ____ Max. Ins.: ____ Plateau: ____ Triggerstufe: ____	Flow: ____ Max. Ins.: ____ Plateau: ____ Triggerstufe: ____	Flow: ____ Max. Ins.: ____ Plateau: ____ Triggerstufe: ____	Flow: ____ Max. Ins.: ____ Plateau: ____ Triggerstufe: ____

<b>NIV Parameter</b>	IPAP: _____	IPAP: _____	IPAP: _____	IPAP: _____
	Ti: _____	Ti: _____	Ti: _____	Ti: _____
	Anstieg: _____	Anstieg: _____	Anstieg: _____	Anstieg: _____
	EPAP: _____	EPAP: _____	EPAP: _____	EPAP: _____
	Triggerstufe: _____	Triggerstufe: _____	Triggerstufe: _____	Triggerstufe: _____
	Backup F.: _____	Backup F.: _____	Backup F.: _____	Backup F.: _____

### **Begründung:**

**Ihr/e Patient/in leidet im Rahmen der Grunderkrankung unter einer ausgeprägten Husteninsuffizienz, der Hustenstoß ist nahezu aufgehoben.**

**Infolge der mangelnden Expektoration kommt es rezidivierend zu bedrohlichem Sekretverhalt. Lagerungstechniken und manuelle Assistenz sind nur von begrenztem Erfolg. Durch regelmäßige Anwendung des „CoughAssist Clearo“ kann die Sekretretention vermieden werden. Das Gerät wurde erfolgreich adaptiert.**

**Hiermit bitten wir für den/ die oben genannte/n Patienten/ Patientin um die Kostenübernahme für das aufgeführte Hilfsmittel.**

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel/Unterschrift des Arztes)

**Cordamed GmbH · Ernst-Thälmann-Straße 30 · 01809 Heidenau**

**Tel.: +49 (0)3529/ 52 17 80 · Fax.: +49 (0)3529/ 52 17 82 ·**

**Email: info@cordamed.de**