

## Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für Hustenassistentengerät EOVE 70

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

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Zubehör:**   ☐ Schlauchsystem   ☐ Bakterienfilter   ☐ Fahrgestell   ☐ Sauerstoffmonitoring  
                   ☐ Mundstück incl. Zubehör   ☐ Maske Gr.   ☐ Tubusverlängerung Silikon   ☐ Steuerpedal

| Parameter           | Programm 1                           |                                     | Programm 2                           |                                     | Programm 3                           |                                     |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Modus               | <input type="checkbox"/> Manuell     | <input type="checkbox"/> Auto       | <input type="checkbox"/> Manuell     | <input type="checkbox"/> Auto       | <input type="checkbox"/> Manuell     | <input type="checkbox"/> Auto       |
| insp. Druck         |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| insp. Zeit          |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| Rampe               |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| insp. Oszill. Freq. |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| insp. Oszill. Ampl. |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| Trigger             |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| exsp. Druck         |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| exsp. Zeit          |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| exsp. Oszill. Freq. |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| exsp. Oszill. Ampl. |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| PEEP                |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| Anz. Zyklen         |                                      |                                     |                                      |                                     |                                      |                                     |
| Behandlung Ende     | <input type="checkbox"/> Inspiration | <input type="checkbox"/> Expiration | <input type="checkbox"/> Inspiration | <input type="checkbox"/> Expiration | <input type="checkbox"/> Inspiration | <input type="checkbox"/> Expiration |

### 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 "Cough Assist EOVE 70" kann die Sekretretention vermieden werden.

Das Gerät wurde in unserer Klinik 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