

Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse**Begründung Pulsoxymeter mit Speicherfunktion****Versicherte/r:****Krankenkasse:****Verordnende/r Arzt/Ärztin:**

Verordnetes Hilfsmittel:

Pulsoxymeter: _____

inkl. 1x Patientenkabel (Art.-Nr. 10-4108)

1x Fingerklipp und Notfallsensor

Diagnosen:

- _____
 - _____
-

Begründung der medizinischen Notwendigkeit:

Zur kontinuierlichen Pulsoxymetrie bei Sekretverhalt oder Atemwegsinfekten, entsprechend der S2k-Leitlinie: „*Nichtinvasive und präventive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz*“.

Für die häusliche Überwachung ist ein Pulsoxymeter mit Speicherfunktion erforderlich.

Wir bitten um eine **schnellstmögliche Bearbeitung** sowie **Kostenübernahme**, einschließlich des erforderlichen Verbrauchsmaterials.

Die Einweisung in die Bedienung des Geräts erfolgt bei Auslieferung. Dabei sollen folgende Alarmparameter programmiert werden:

Sauerstoffsättigung: ____% (Untergrenze) ____% (Obergrenze)

Pulsfrequenz: ____bpm (Untergrenze) ____bpm (Obergrenze)

Versorgung über:

Cordamed GmbH

Ernst-Thälmann-Straße 30

01809 Heidenau

Datum

Unterschrift /Stempel