

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für einen Hustenassistenten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arzt/Klinik
(Stempel erforderlich)

Entlassung/Versorgung geplant am:	Absprache Liefertermin mit Station (Tel.-Nr.):
Angehörige (Tel.-Nr.)	

Hauptdiagnose zur Indikation des Hustenassistenten nach ICD-10-GM: _____

Weitere therapierelevante Diagnosen: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten um Kostenübernahme für ein Gerät zur maschinellen Unterstützung des Hustens (Hustenassistent Positiv/Negativdruck).

Der Patient leidet an einer Atempumpenschwäche im Rahmen einer _____ und ist aufgrund seiner Erkrankung muskulär geschwächt, um ausreichend abhusten zu können. Dies führt zu immer wieder auftretender Mucostase und Pneumonien.

Durch den Einsatz eines maschinellen Hustenassistenten können derartige Komplikationen verhindert bzw. deren Häufigkeit deutlich reduziert werden. Wir gehen davon aus, dass dieses Gerät Krankenhausaufenthalte verhindert. Bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen führen die üblichen physiotherapeutischen Maßnahmen zwar zu einer Lockerung des Sekrets, jedoch nicht zu einer Verbesserung des Hustenstoßes. Hier liegt die Indikation des Hustenassistenten. Die Lunge wird durch einen Atemhub mit positivem Druck aufgebläht; anschließend wird mit einem Negativdruck Sog aufgebaut, der das Sekret nach außen zieht.

Bei dem Hustenassistent CoughAssist E70 handelt es sich um ein mit dem CE-Kennzeichen versehenes medizinisches Hilfsmittel zur maschinellen Unterstützung des Hustens, außerdem kann bei diesem Gerät die Applikation der Insufflation mit der Atembemühung des Patienten durch die Funktion des „Cough-Trak als Inspirationstrigger“ synchronisiert werden wodurch eine deutlich effektivere Therapie erreicht wird und die Therapieakzeptanz seitens des Patienten erhöht wird. Zudem kann durch die Möglichkeit einer einstellbaren Oszillation deutlich mehr Sekret mobilisiert werden.

Geräteeinstellungen:

Modus	Einatemungsdruck	Einatemungsflow	Einatemungszeit	Ausatmungsdruck
Ausatmungszeit	Pausendauer	Oszillation	Frequenz	Amplitude

Wir verordnen dieses Hilfsmittel samt notwendigem Zubehör und bitten im Namen des Versicherten um Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

(Name in Druckbuchstaben)

Unterschrift (ggf. Stempel)