

# Verordnung Hustenassistent

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

**Diagnosen / ICD:**

## Hilfsmittelversorgung

Hustenassistent

Kalos       Clearo (Nippy Clearway 2)

Begründung:

Als Folge der Erkrankung ist der Patient nicht in der Lage, eine ausreichende Sekretclearance aufrecht zu erhalten.

Daraus resultierende Sekretretentionen können zu rezidivierenden Pneumonien mit konsekutiver lebensbedrohlicher Sepsis führen.

Um eine suffiziente Sekretmobilisation zu ermöglichen befürworten wir den Einsatz eines Hustenassistenten vom Typ E70 der Firma Philips.

Konsequenterweise lassen sich hierdurch zukünftige Krankenhausaufenthalte vermeiden.

**Einstellungen:**

Modus:		Zyklen			
P insp:		P exp.		Pause	
T insp		T exp			
Oszillation	In / ex / bde	Oszill		OszillAmplitude	

**Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.**

**Mit freundlichen Grüßen**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stationsarzt / Stationsärztin

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Stationsarzt / ärztin