

# Verordnung Inhalationsgerät

## Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

**Diagnose / ICD:**

## Vernebler:

Bei dem oben genannten Patienten wurde in der Klinik die benötigte Therapie mit einem Medikamenten-Vernebler begonnen. Für die häusliche weiterführende Therapie ist folgendes Gerät notwendig:

### **Aerogen USB-Controller**

Begründung: Spezieller Vernebler für beatmete Patienten oder Patienten mit häufigem vernebeln von Medikamenten, die speziell kleine Teilchengröße ermöglicht eine Applikation in die tiefen Atemwege.

Dieses System erzeugt keinen Flow und kann deshalb mit Beatmungsgeräten oder High-Flow-Systemen kombiniert werden

### **Micro Drop Pro 2 (Auch Rosa Rezept möglich PZN: 03204625 HiMiNr: 14.24.01.0121)**

Standardvernebler für Erwachsene (und Kinder) über Mundstück oder Maske (aufbereitbar, Jahresset)

### **Micro-Drop Calimero 2**

Standardvernebler für Kinder (und Erwachsene) (Enthält Masken ab Größe 1 für Kleinkinder, Kinderedition mit extra Halterung)

### **Pocket Air (Inspiration medical)**

Für spontan atmende Patienten per Maske oder Mundstück, auch hypertone Kochsalzlösung bis 6% möglich

**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