

# Ärztliche Verordnung Inhalations-/Atemtherapiegeräte

## Versichertendaten

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Ansprechpartner:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Vers.-Nr.:	<input type="text"/>
Entlassung am:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

## Unser Patient/unsere Patientin benötigt aufgrund nachfolgender Diagnose folgendes Hilfsmittel:

- |                          |                |  |
|--------------------------|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0004  | RC-Cornet  |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0006  | Acapella Choice  |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0007  | GeloMuc  |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0013  | RC-Cornet Plus   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0013  | RC-Cornet Plus Tracheo   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0014  | EzPAP Atemwegs-Überdrucktherapiesystem                           |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.0017  | Aerobika   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.00178 | RC-FIT CLASSIC   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.08.1000  | PEP-Maskensystem   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.03.1001  | Kammersystem/Spacer, z.B. RC-Compact Space Chamber / Aerochamber |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.01.0145  | AirForce One   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.01.0152  | PARI BOY Pro   |
| <input type="checkbox"/> | 14.24.01.0176  | Pocket Air   |

## Diagnose

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des verordnenden Arztes/Klinikstempel

## Empfangsbestätigung des Patienten/der Patientin

Ich habe das mir verordnete Hilfsmittel  erhalten. Ich wurde über die ggf. anfallende gesetzliche Zuzahlung aufgeklärt. In die Handhabung des Hilfsmittels bin ich ausreichend eingewiesen worden. Ich wurde umfassend darüber beraten, welche Hilfsmittel und Leistungen für meine Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind. Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten, die im Zusammenhang mit der oben genannten Hilfsmittelversorgung stehen, bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters o. Bevollmächtigten