

## 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:**

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

## Diagnose

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and Economic Development at 515-294-6450 or [research@iastate.edu](mailto:research@iastate.edu).

1. **What is the primary purpose of the study?**

Ort, Datum

## Unterschrift

---

Stempel des verordnenden Arztes/Klinikstempel

## **Empfangsbestätigung des Patienten/der Patientin**

Ich habe das mir verordnete Hilfsmittel [REDACTED] 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

Bitte senden Sie diese Verordnung per Fax an: **04191 / 95 88 92** oder per E-Mail an: **info@criticalcare.de**  
Rückfragen unter Telefon: **04191 / 507 096-0** • Versand der Verordnung im Original bitte umgehend an:  
**critical care gmbh, Kirchhoffstr. 1-5, 24568 Kaltenkirchen**