

Aerobika® OPEP Atemtherapiegerät

Physikalische Klopfmassage zur Schleimlösung



Aerobika

Patienten- und leitliniengerechte Behandlung, ohne Budgetbelastung**

Indikationen: Schädigung des Atmungssystems mit Veränderungen der Sekretmenge und/oder -qualität mit Sekretretention bei Erkrankungen der unteren Atemwege (z. B. chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Bronchiektasen, Mukoviszidose)

- ✓ Oszillationen von Anfang bis zum Ende des Atemzugs
- ✓ Hohe und konstante Oszillationsamplitude
- ✓ Verbessert die Lungenbelüftung
- ✓ Leichtere Schleimlösung
- ✓ Reduktion von Lungenüberblähungen
- ✓ Verringerung von Atemnot und Hustenreiz
- ✓ Lageunabhängiger Einsatz
- ✓ Einfach anwendbar
- ✓ Kombinierbar mit Verneblern

Hilfsmittel-Nr. 14.24.08.0017

PZN 10383433

Artikel-Nr. M53120-00

VERORDNUNGSHILFE

Hilfsmittel (7)

Hilfsmittel-Nr. (14.24.08.0017)

Produktname mit PZN

Diagnose

Bei Bedarf Einzelproduktverordnung*

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfsmittel	Impfstoff	Spr. St. Bedarf	Rezeptpflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkrankenkasse		6	7	8	9		
Geb. tel.	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Erhalt		
Geb. pfl.	Mustermann						
nachz.	Max						
Sonstige	Musterstraße 5						
	XXXX Musterstadt						
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status:		Arzneimittel- / Hilfsmittel-Nr.		
	12345	1234567			Faktor		
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:		Taxe		
	12345		09.01.24		1. Verordnung		
					2. Verordnung		
					3. Verordnung		
RP. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
<input checked="" type="checkbox"/>	1 Aerobika® OPEP Atemtherapiegerät / PZN 10383433						
<input type="checkbox"/>	Diagnose: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD, Lungenemphysem, CF, o.ä.) - unbedingt erforderlich u.a. zur Sekretmobilisation für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion						
<input type="checkbox"/>	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
<input type="checkbox"/>	Abgabedatum in der Apotheke					Unterschrift des Arztes	
<input type="checkbox"/>	Unfalltag						
<input type="checkbox"/>	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

*siehe §7 Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL
** Erkrankungen mit Hilfsmittelbedarf.