

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse Verordnung einer individuellen Beatmungsmaske der Respirare Atemtechnik GmbH

Patient Herr Frau
Vorname: _____
Name: _____
Geb. Datum: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____

Krankenkasse
Name: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort: _____
Vers.-Nr.: _____
Status: _____

Verordnet durch: _____

Arztnummer

Diagnose:

Betriebsstätte

Maskentyp: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| 1). <input type="checkbox"/> <u>Vollgesichtsmaske mit Nase-Mundbelüftung (Full Face)</u> | <input type="checkbox"/> <u>Nasenrückenfrei</u> |
| 2). <input type="checkbox"/> <u>Vollgesichtsmaske ohne Mundbelüftung (Full Face)</u> | <input type="checkbox"/> <u>Nasenrückenfrei</u> |
| 3). <input type="checkbox"/> <u>Nasenmaske</u> | |
| 4). <input type="checkbox"/> <u>Kindermaske</u> | |

Besonderheiten:

Während des stationären Aufenthaltes / der ambulanten Vorstellung bei uns hat sich gezeigt, dass der weitere Erfolg der Therapie mit Konfektionsmasken nicht gewährleistet werden kann. Aus diesem Grund ist eine individuelle Beatmungsmaske zur erfolgreichen Durchführung der Beatmungstherapie notwendig.

Bisher erprobte Konfektionsmasken:

Hiermit verordnen wir für den oben genannten Patienten eine individuell hergestellte Beatmungsmaske. Wir bitten um Genehmigung der Kostenübernahme zum anliegenden Angebot.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift