

"Pneumologische Hilfsmittel"

Für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Hessen sind erforderlich:

CPAP-Geräte:

1. Rezept mit Diagnose und Angabe des Gerätes (z. B. Res Med S 8 Elite II)
2. Kostenvoranschlag mit Hilfsmittelnummer und Versorgungszeitraum
3. Poly(somno)graphiebefunde in der diagnostischen Leermessung
4. Polysomnographiebefunde unter der neu verordneten CPAP-Therapie
5. Klinische Beschwerden vor Therapieeinleitung sowie unter der neu verordneten CPAP-Therapie
6. Epworth-Sleepiness Scale vor Therapieeinleitung

BiPAP-Geräte:

1. Rezept mit Diagnose und Angabe des Gerätes (z. B. Res Med S 8 Elite Auto)
2. Kostenvoranschlag mit Hilfsmittelnummer und Versorgungszeitraum
3. Poly(somno)graphiebefunde in der diagnostischen Leermessung
4. Polysomnographiebefunde unter der neu verordneten BiPAP-Therapie
5. Klinische Beschwerden vor Therapieeinleitung sowie unter der neu verordneten BiPAP-Therapie
6. Epworth-Sleepiness Scale vor Therapieeinleitung

Folgende Angaben werden benötigt, wenn das BiPAP-Gerät als Umversorgung im Rahmen einer schlafbezogenen Atemstörung verordnet wird:

1. Rezept mit Diagnose und Angabe des Gerätes (z. B. Res Med S 8 Auto)
2. Kostenvoranschlag mit Hilfsmittelnummer und Versorgungszeitraum
3. Poly(somno)graphiebefunde in der diagnostischen Leermessung
4. Polysomnographiebefunde unter CPAP-Therapie
5. Polysomnographiebefunde unter der neu verordneten BiPAP-Therapie (inklusive der Beatmungsparameter)
6. Klinische Beschwerden unter der CPAP-Therapie und unter der neu verordneten BiPAP-Therapie
7. Epworth-Sleepiness Scale unter CPAP-Therapie

Folgende Angaben werden benötigt, wenn das BiPAP-Gerät bei respiratorischer Insuffizienz verordnet wird:

1. Rezept mit Diagnose und Angabe des Gerätes (z. B. Res Med S 8 Auto)
2. Kostenvoranschlag mit Hilfsmittelnummer und Versorgungszeitraum
3. Aktuelle Blutgasanalyse (einschl. Kohlendioxidpartialdruck) in Ruhe
4. Aktuelle Blutgasanalyse (einschl. Kohlendioxidpartialdruck) unter BiPAP-Therapie (inklusive der Angabe der Beatmungsparameter)
5. Klinische Beschwerden vor Therapieeinleitung

Ihren Auftrag senden Sie bitte per Post, Fax oder per Mail an:

Medizinischer Dienst Hessen
Geschäftsbereich Ambulante Versorgung
Team Hilfsmittel und Medizinprodukte
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel
Telefax 06171 634-492
Mail: av_team_hm@md-hessen.de