

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
geb. am:		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
(nicht budgetrelevant)
zur Vorlage bei der Krankenkasse

Info / Literatur / Studien unter:
<https://www.oxy-care-gmbh.de/sauerstofftherapie/wundheilung-gefaess-wundtherapie/flowox-iut.html>

Diagnose / Bemerkungen	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner Patient / Angehöriger
		Telefonnummer Patient / Angehöriger
		Datum

Diagnose:

- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
 Stadium (gem. Fontaine): I IIa IIb III IV
- Fuß- und Beingeschwüre
- Chronische Wunden
- Intermittierendes Hinken und Ruheschmerz
- Postchirurgische Wunden
- Andere: _____

Therapieziele:

- Verhinderung von möglichen Amputationen
- Verbesserung des Wundzustandes
- Verlängerung der Gehstrecken
- Reduktion der Schmerzen
- Andere: _____

Durch die Behandlung mit intermittierendem Unterdruck wird die Mikrozirkulation der unteren Extremitäten und der Haut stimuliert, wodurch sich der Blutfluss und die Sauerstoffversorgung verbessert und die Endothelfunktion wiederhergestellt werden kann. Langfristig kann der Rehabilitations- und Heilungsprozess von Wunden/Schmerzen beschleunigt werden.

Die bisherigen Therapieversuche zur Verbesserung der Mikrozirkulation schlugen bislang fehl, daher ist es empfehlenswert, diese Maßnahme der Durchblutungsförderung im Sinne der Ultima Ratio anzustreben.

Verordnung:

FlowOx™ Intermittierendes Unterdrucksystem <input type="checkbox"/> Erstausrüstung inkl. Steuereinheit, Druckkammer und Zubehör für 3 Monate <input type="checkbox"/> Folgepauschale + Zubehör für weitere 3 Monate
--

Behandlungszeit gesamt Std/Tag: _____

Anzahl der Sitzungen/Tag: _____