

Krankenkasse		
Name Versicherte/r		Geb. am
Adresse		Abweichende Lieferanschrift
Kassen-Nr.		!!! Versicherten-Nr. !!!
Vertragsarzt-Nr.		Datum

# **VERORDNUNG**

für das FlowOx™-System bei Wund- und arteriellen Gefäßerkrankungen

---

**- Therapierelevantes Hilfsmittel -**

---

**zur Vorlage bei der Krankenkasse**

<b>Diagnosen</b>	Vertragsarztstempel & <b>Unterschrift</b>	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger

Diagnose	Therapieziele mit FlowOx™
<input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) Stadium (gem. Fontaine)	<input type="checkbox"/> Verhinderung von möglichen Amputationen <input type="checkbox"/> Verbesserung des Wundzustandes <input type="checkbox"/> Verlängerung der Gehstrecken <input type="checkbox"/> Reduktion der Schmerzen <input type="checkbox"/> Andere:
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
<input type="checkbox"/> Fuß- und Beingeschwür (mixtum)	
<input type="checkbox"/> Chronische Wunden (arteriell oder mixtum)	
<input type="checkbox"/> Postoperative arterielle Wundheilungsstörung	
<input type="checkbox"/> 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.

FlowOx™ - Intermittierendes Unterdrucksystem	Anwendung
<input type="checkbox"/> <b>Erstpauschale</b> nach vorangegangener erfolgreicher Erprobungsphase inkl. FlowOx™-Steuereinheit, Druckkammer und Zubehör <b>für 3 Monate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlungszeit gesamt Std / Tag _____</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Folgepauschale für weitere 3 Monate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Sitzungen pro Tag _____</li> </ul>

## Sauerstofftherapie



Konzentratoren, stationär + mobil  
 Füllstationen, FlüssigO<sub>2</sub>

## Beatmung



prisma VENT30/40/50-C & LUISA  
 von Löwenstein Medical  
 OXYvent Cube 30 ATV  
 Stellar 150 / Astral 150  
 von ResMed

## Sekretolyse



VibraVest

Die hochfrequente Vibrations-Weste,  
**Comfort Cough II** Hustenassistent  
 optional mit HFCWO

## Inhalation



Membran-Vernebler, Ultraschallvernebler,  
 Vernebler mit Schall-Vibration insbesondere  
 für Nasennebenhöhlenentzündung

## Schlaf



CPAP/autoCPAP/  
 BiLevel/BiLevel ST/Cheyne Stokes

## Monitoring



Pulsoxymetrie, Kapnographie,  
 SISS Babycontrol  
 Blutdruckmessung

## Atemtherapiegeräte



GeloMuc / Flutter / Quake /  
 Cornet / Cornet Plus / Acapella / IPPB Atemtherapie  
 RespiPro / PowerBreathe medic      Alpha 300  
 mit Inhalation

## Thromboseprophylaxe Apparative Kompressions- therapie IPK/AIK



SCD System, AV-Impulse, Doctus  
 mit Hand- Bein- oder Fuß-  
 manschette

## Chronische Wunden/ Diabetisches Fußsyndrom



Wundheilung mit Sauerstoff  
 O<sub>2</sub>-TopiCare Wundsystem

## Datenschutzhinweis:

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firmen der OxyCare Medical Group, Hauptsitz Bremen, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Unternehmen der OxyCare Medical Group, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich, neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Die Unternehmen der „OxyCare Medical Group“ verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des BDSG n.F. sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet u.a. im Zusammenhang mit der Auftrags- bzw. Vertragsbearbeitung statt. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ist in Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO normiert. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten auch aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO). § 147 Abs. 1 Nr. 2-4, Abs. 3 AO normiert eine Aufbewahrungspflicht für die steuerlichen Belange. Handels- bzw. Geschäftsbriefe wie Eingangs- und Ausgangsrechnungen, Lieferscheine, Kostenvoranschläge und Verträge dürfen bereits von Gesetzes wegen innerhalb der maßgeblichen Frist (10 Jahre) nicht gelöscht werden. Bei von einem Unternehmer versandten Lieferschein endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Infos enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.“