

Ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Vers.-Nr.: _____

Betrifft: Kostenübernahme für das Inhalationsgerät **eFlow[®]rapid** von der Firma PARI GmbH, Art.-Nr.178G1005, Hilfsmittel-Nr.: 14.24.01.0071

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die o.g. Patient/-in leidet an Cystischer Fibrose und ist auf eine effiziente Inhalationsbehandlung angewiesen, die u.a. atemwegserweiternde Medikamente, Antibiotika und schleimlösende Substanzen umfaßt.

Der **eFlow[®]rapid** ist auf alle derzeit verfügbaren und zugelassenen Inhalationsmedikamente abgestimmt und ermöglicht eine effiziente Medikamentenapplikation für meinen Patienten. Er reduziert die Inhalationszeit gegenüber herkömmlichen Inhalationsgeräten um mindestens 50% und ist zudem geräuschlos. Das geringe Gewicht, die kompakten Abmessungen und die flexible Energieversorgung erlauben eine hohe Mobilität des Patienten.

Diese Vorteile können zu einer besseren Akzeptanz der Therapie führen und durch eine höhere Compliance, den Erfolg der therapeutischen Maßnahmen günstig beeinflussen. Schließlich kann dies zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität des Patienten beitragen.

Daher befürworte ich aus den oben genannten Gründen die Übernahme der Kosten für den **eFlow[®]rapid** für meine/n Patient/-in/-en.

Mit freundlichen Grüßen,

Stempel, Datum, Unterschrift