

CPM-Fax „Motorschienen-Anforderungsbogen*“

(... ergänzende Informationen zur **Ärztlichen Verordnung**)

Wo bleibt denn mein Gerät? Gleich mal fragen: **0800 276 55 33**

Fax **0201 / 45 85 98 34**

Kleeberg Med.Tec./ „Kinetec™ West“

(19 bis 22 h: „Spätfax“ 0201 855 4734.) St. Kleeberg (z.B. für **BEK,DAK,BKK,HEK,AOK,TK...**)
45309 Essen, Rotthausener Str. 33e



wird von manchen GKV'en als **vollwertiger „Rezeptersatz“** akzeptiert)

Wir **verordnen** folgender/m Patientin/en ein **CPM-Gerät / „Motorschiene“** miet-/ leihweise für zu Hause, bitten **im Namen d. Patientin/en** um Einreichung Kostenvoranschlag im Vorfeld bei der zuständigen Kasse:

Beauftragung des Arztes durch die/den Patienten/in: Mein Rezept, meine Daten sollen an o.g. Dienstleister gesendet werden Kleeberg Med.Tec. darf meine Daten ausschließlich zwecks meiner aktuell rezeptierten Versorgung mit CPM zu Hause verwenden , insbes. für den KV an meine gesetzliche Krankenkasse .		rden Zeichen d. Patienten
Name, Vorname, d. Patienten/in / Geburtstag		/
Adresse:		
Tel. des Patienten/in zu Hause / Ggf. Tel. im Krankenhaus		/
Krankenkasse / Versicherung		
Betroffene(s) Gelenk(e):		Knie / Sprunggelenk/ Schulter (rechts/links) Ellenbogen / Hand / Finger
Ärztlich vorgeschlagenes Gerät (Schulter, Information auf Anfrage)	Centura digital) / ArtS bis 110°+AR / 7081 analog (Siehe z.B. Infoblatt „3SchulternCPM“, von Kleeberg Med.Tec.	
Diagnose, OP OP-Datum ggf. Bemerkungen		
Bewegungsausmaß(e) passiv... ... bei Entlassung Schulter / Ellenbogen:		Ext. / Flexion: Ab.-/ Adduktion: mit / ohne Rot. Ext. Pro- Sup. Retro/Ante
... zu erweitern nach Maßgabe Vorgehen bei der Erweiterung:		Arzt / Schmerz / Therapieplan* / gar nicht zügig / planmäßig / vorsichtig / gar nicht
Geschwindigkeit Kraft / Sensibilität		schnell mittel langsam resolut mittel sensibel
*Therapieplan – Kurzform: Steigerung Bew.-Ausmaß: (ggf bitte Beiblatt, Ther.plan beifügen!)		Ab Woche 2 post-stationär: Ab Woche 3 post-stationär: Ab Woche 4 post-stationär:
Geplanter Beginn der CPM-Behandlung zu Hause		
Verordnete Übungen täglich		(3/5/8) x (30/40/60) Minuten
Vorordnete Dauer d. CPM-Beh. 4 Wochen post-OP hinreichend?		2 / 3 / 4 Wochen ja / ggf. / kaum / eher nein
wichtige Bemerkung(en): z.B. kontraindizierte Bewegungen:		

Wir bitten um Rückruf unter Tel. Nr. bis ca.Uhr
 Die **Verordnung** wird dem Patienten **mitgegeben** / per Post zugeschickt.
 Stempel d. Arztes (ggf. linker Rand, quer)/ Unterschrift, Datum