

Patientendaten

Mobiltelefon

Telefon Patient

Krankenkasse

Diagnose:

OP-Datum:

Behandlungsbeginn:

Verordner (Arztstempel)

Ansprechpartner:

Tel. Ansprechpartner:

OrthoAktiv Mietservice

OrthoAktiv GmbH
Heinrich-Hertz-Straße 1
86179 Augsburg
Tel.: 0821 / 228 190 -10
E-Mail: dialog@orthoaktiv.de



Fax: 0821 / 228 190 -20

Bitte vollständig ausfüllen und vorab mit Rezept faxen.
Original mit Rezept an Patienten übergeben.

Behandlungsplan:

Fremdkraftbetriebene Bewegungsschiene zur kontinuierlichen, passiven Bewegungstherapie (CPM)

Leihweise für _____ Wochen

Schultergelenk Kniegelenk _____
 HMV-Nr.: 32.09.01.0 HMV-Nr.: 32.04.01.0

Bewegung im schmerzfreien Bereich <input type="checkbox"/>				
	Therapie- beginn	2. Woche	3. Woche	4. Woche
Extension/ Flexion				
Adduktion/ Abduktion				
Innen-/Außenrotation				
		/		
Anzahl der tägl. Übungseinheiten				
Dauer der Übungseinheit in Min.				

Übergabeprotokoll:

Gerätetyp:

Geräte-Nr.:

Ich habe das oben genannte Gerät funktionsfähig erhalten und wurde in die korrekte Handhabung eingewiesen.
Über die Wahlfreiheit des Leistungserbringers bin ich informiert worden und möchte ausdrücklich durch die Orthoaktiv GmbH versorgt werden.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Die Einweisung erfolgte durch)

Kostenübernahmeverpflichtung (Privatpatienten)

Für die Klärung der Kostenübernahme mit der Versicherung ist der Patient verantwortlich.
Die Verpflichtung zur Zahlung der Miete durch den Patienten besteht auch dann, wenn keine Versicherung besteht oder diese die Kosten entweder nicht oder nicht vollständig übernimmt.

Mietdauer/ Wochen	Preis
-------------------	-------

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

Geräterückgabe ist erfolgt am:

Unterschrift Patientenbetreuer: