

Verordnungsschein für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Patientendaten

ACHTUNG!
 Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

*Mietzeitraum: _____
 (Intern)

*Familienname

*Vorname

--	--

*Straße

*PLZ / Ort

--	--

*Krankenkasse

*Versicherungsnummer und Geburtsdatum

Telefonnummer (für Rückfragen)

--	--	--

Hauptversicherter (Bitte nur ausfüllen, wenn der Patient ein Angehöriger ist)

Familienname

Vorname

Straße

PLZ / Ort

--	--	--	--

Versicherungsnummer & Geburtsdatum

Telefonnummer (für Rückfragen)

--	--

*Diagnose: _____

*Begründung: _____

- TENStem ECO / Programm Nr.
- EMP 2 PRO / Programm Nr.
- AmpliMove *medical* / Programm Nr.
- Geräteprogramm sperren

- TENS eco 2 / Programm Nr.
- URO Stim 2 / Programm Nr.
- SYMPHONY Parese / Programm Nr.
- VAGUS Edition (Gerät+Zubehör)

*Elektroden (SKE):

- rund 32mm
- 50x50mm (Standard-Größe)
- 50x130mm rechteckig
- rund 50mm
- 50x90mm
- 80x130mm rechteckig

Stimulationshandschuhe G

- S M L



Stimulationsmanschetten Gr.

- 1-20 23-30cm 1-30 28-40cm 1-35 32-55cm

Stimulationssocken Gr.

- M L XL
 38-39 40-41 42-43



*Datum / *Unterschrift des Patienten

*Alle mit einem Stern versehenen Felder sind Pflichtfelder.

*Datum / *Stempel / *Unterschrift des Arztes

/ *Unterschrift der Ärztin