

## Patientendaten

---

---

---

Krankenhaus:

OP-Datum:

Behandelnder Arzt:

Der/die Patient/in hat heute auf Mietbasis folgendes Hilfsmittel bekommen

Geräte-Nummer

Die Einweisung und Anpassung des Hilfsmittels wurde sach- und fachgerecht nach Vorgabe durch den Arzt vorgenommen. Eine Einweisung in die Anwendung der Therapie wurde vom behandelnden Arzt übernommen. Der tägliche Zeitaufwand sollte bei mindestens 2 Stunden liegen, wenn der Arzt nichts anderes verordnet. Sollte die Krankenkasse obiges Hilfsmittel nicht oder nur teilweise bezahlen, sind die Kosten vom Patienten zu übernehmen.

### Hilfsmittel

- Schulterbewegungsschiene
- Ellenbogenbewegungsschiene
- Kniegelenkbewegungsschiene
- Sprunggelenkbewegungsschiene

### Parameter

Extension ..... Grad  
Flexion ..... Grad  
Pro-/Supination ..... Grad  
Ab-/Adduktion ..... Grad  
Ante-/Retroversion ..... Grad  
Geschwindigkeit ..... W/min  
Aufwärmzeit ..... Minuten

Die Bewegungsschiene wird nach Ablauf der Therapiezeit wieder abgeholt, bitte melden Sie sich dann unter Telefon:

### Sanitätshaus

---

---

Abholung am

Mitgliedsnummer

Krankenkasse

Unterschrift Mitglied/Patient

Hausanschrift

---

---

---

---

Unterschrift Mitglied/Patient

---