Anhang D

Patientenbehandlungsplan mit CPM-Motorbewegungsschienen

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geb.Datum: _____ Vers.nr. _____

Ergänzung der Daten (durch Arzt oder Leistungserbringer)

OP-Datum: _____ Entl.Datum: _____

☐ ambulanter Eingriff ☐ stationärer Eingriff ☐ diagnostische Maßnahme

☐ es wurde eine Narkosemobilisation durchgeführt (Arthrolyse, Brisement force)

☐ stationäre Rehamaßnahme geplant/durchgeführt. Zeitraum (wenn bekannt): _____

Sonstige Hinweise : _____

VO Dauer CPM Motorschiene: _____ Wochen

Ergänzende Angaben des verordnenden Arztes:

Ohne die von mir verordnete CPM Anwendung ist eine dauerhafte Einschränkung des Bewegungsumfangs im alltagsrelevanten Funktionsraum zu befürchten, da intraartikuläre Schädigungen (z.B. Blutung, postinfektiöser Zustand,...) vorliegen. ☐ nein ☐ ja

Ist z.Zt. eine rein aktive Beübung des operierten Gelenks im erforderlichen Umfang aus medizinischer Sicht möglich? ☐ ja ☐ nein

Angaben zum Bewegungsumfang: _____ oder Steigerung des Bewegungsumfangs entsprechend der Schmerzgrenze.

Anwendung unmittelbar postoperativ 3-4x täglich je 30 min oder abweichend: _____

_____

Zusätze/Hinweise zur Indikation: (Haupt- / Nebendiagnose, bestehende Defizite o.ä., begleitende Hilfsmittelverordnung/ Physiotherapie): _____

_____

_____ _____

Ort, Datum Stempel/Unterschrift des Arztes