JACE
Leben ist Bewegung

Anpassungs- und Einweisungsprotokoll

Patient / in: ..... geboren am: .....

Adresse: .....

Telefonnumer: ..... Faxnumer: .....

Krankenversicherung: ..... Vers.-Nr.: .....

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 (bitte ankreuzen)

- ◯ Schulterbewegungsschiene
- ◯ Ellenbogenbewegungsschiene
- ◯ Kniegelenkbewegungsschiene
- ◯ Sprunggelenkbewegungsschiene

Parameter (bitte ausfüllen)

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

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

....
Mitgliedesnummer Krankenkasse Unterschrift Mitglied / Patient

Abholung am: .....

Sanitätshaus

.....

....
Unterschrift Mitglied / Patient