

Anpassungs- und Einweisungsprotokoll

Patient / in: geboren am:

Adresse:

Telefonnummer:

Krankenversicherung: Vers.-Nr.:

Krankenhaus: OP-Datum:

Behandelnder Arzt / Ärztin:

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

Modell

Seriennummer

Einweisung und Anpassung des Hilfsmittels erfolgten sach- und fachgerecht gemäß ärztlicher Verordnung. Anwendung und Therapiedauer gemäß ärztlicher Vorgabe. Bei vollständiger oder teilweiser Kostenablehnung durch die Krankenkasse, auch bei erforderlichen Verlängerungen, trägt der Patient die entstehenden Kosten.

Hilfsmittel (bitte ankreuzen)

- ☐ Schulterbewegungsschiene
- ☐ Ellenbogenbewegungsschiene
- ☐ Kniegelenkbewegungsschiene
- ☐ Sprunggelenkbewegungsschiene

Parameter (bitte ausfüllen)

Ab- / Adduktion Grad
 Innen- / Außenrotation Grad
 Extension Grad
 Flexion Grad
 Pro- / Supination Grad
 Plantarflexion / Dorsalextension Grad
 Inversion / Eversion Grad

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

Abholung

Abholung am:

Unterschrift Sanitätshaus

Unterschrift Patient / in