

Hilfsmittelverordnung

(nicht budgetiert) der (FES) funktionellen EMG-getriggerten Elektrostimulation bei zentralen sowie peripheren Paresen, Polyneuropathie und Inkontinenz.

Kontraindikationen: aktive /elektrische Implantate, Epilepsie

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- (BVG)	Impf- mittel	Spr.-St. bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Name, Vorname des Versicherten	6	X	8	9	
geb. am					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					
Funktionelle Elektrostimulation (FES) und Biofeedback					
EMG getriggert mit Zubehör für 3 Monate					
Diagnose: (siehe unten)					
Abgabedatum in der Apotheke					
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10/2014)					
2541009004					

(+Bericht/NLG)

mit Telefonnummer des Patienten
per Fax an: 0201 84 67 31 29

Das Originalrezept bitte per Post
an:

NeuroLife
Therapiezentrum
Ruschenstr. 8
45133 Essen

Wir informieren den Patienten,
sobald das Rezept bei uns
eingegangen ist

Diagnose:

Parese:

die entspr. „Parese“

Inkontinenz:

Neurogene Blasen- /Darmfunktionsstörung

PNP:

Polyneuropathie (welche Extremität?)

Erektile Dysfunktion:

1. Therapie: (siehe Rezepttext)

2. Kauf: Erektionssystem HMV-Nr.99.27.02.0017 elektrisch oder 99.27.02.0022 manuell

Sobald die Verordnung bei uns eingegangen ist, wird der Patient von uns über den gesamten Ablauf informiert und betreut.

Die Einweisung in die Handhabung der Therapie erfolgt persönlich, entweder auf der Station, in unseren Behandlungsräumen in Essen Bredeney oder Online (live).

Eine Soforteinweisung ist nach gesonderter Regelung mit dem Patienten selbstverständlich möglich.