

Medizinische Indikation zur Verordnung eines neuromuskulären Elektrostimulationsgerätes mit der Kombination aus FES (funktioneller Elektrostimulation) und der EMG-getriggerten Elektrostimulation zum Behinderungsausgleich

Patient:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Tel.:	Geburtsdatum:
Krankenversicherung / Kostenträgernummer:	Versicherten-Nr.:

Ursache der Erkrankung / Diagnose:

.....

.....

.....

Durchgeführte Diagnostik bzw. Befunde:

.....

.....

.....

Aufgrund der o.g. Diagnose. Ist eine Therapie mit dem genannten Gerätetyp in Verbindung mit seinen produktspezifischen Eigenschaften besonders geeignet, um einen bestmöglichen Therapieerfolg für den Patienten (m/w/d) zu erzielen. Die Therapie zur aktiven Teilnahme am sozialen Leben gemäß SGB V ist medizinisch indiziert und vorab erprobt. Der Patient (m/w/d) wurde über mögliche Kontraindikationen informiert.

- ☐ Erstverordnung zur Miete für 3 Monate
- ☐ Folgeverordnung für 3 Monate
- ☐ Folgeverordnung zum Kauf (bei chronischen Diagnosen)
- ☐ Erektionssystem zum Kauf (manuell)
- ☐ Erektionssystem zum Kauf (elektrisch)

Zubehör Anwendungsbereich:

Körperflächen Elektroden: ☐ 30mm Diameter ☐ 40x40 mm ☐ 50x50 mm ☐ 80x40 mm ☐ 100x50mm

☐ Handschuh ☐ Socken ☐ Vaginalsonde ☐ Rektalsonde

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes	Nur für gesetzlich Versicherte: Ich wurde darüber informiert, dass für jedes Hilfsmittel seit dem 01.01.2004 eine Zuzahlung in Höhe von 10% geleistet werden muss. Die Höhe dieser Zuzahlung beträgt mindestens 5 Euro und darf nicht über 10 Euro liegen. Die Zuzahlung wird durch die Firma opta data Abrechnungs GmbH, 45313 Essen, erhoben. Mit der Weitergabe der notwendigen Daten zwecks dieser Abrechnung bin ich einverstanden. Zuzahlungsbefreit: ☐ nein ☐ ja
Betriebsstätten-Nr. (Bei GKV)	_____ Datum und Unterschrift Patient/in