

# CPM-Fax „Motorschienen-Anforderungsbogen“ / Therapieplan

(... für ergänzende Informationen zur **Ärztlichen Verordnung**)

Fax, z.B. an **0201 / 45 85 98 34 Kleeberg Med.Tec.** / alias „Kinetec™ West“

St. Kleeberg (z.B. für **BEK,DAK,BKKn,HEK,TK...**) 45309 Essen, Rotthauer Str. 33e



Wir verordnen folgender/m Patientin/en ein **CPM-Gerät** / „**Motorschiene**“ miet-/ leihweise f zu Hause. **Wir werden seitens Patient/in gefragt/beauftragt** und bitten in ihrem/seinem Namen um sofortige Einreichung des KV bei der zuständigen Kasse!

Befragung/Beauftragung des Arztes durch d. Patienten/in Ich (Patient/in) habe keine Ahnung, wer an meinem Wohnort qualifiziert Motorschienen /CPM-Geräte liefert. <b>Daher frage ich/ beauftrage ich meine/n Arzt/Ärztin.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er/sie rät: Mein Rezept, meine Daten könnten an Kleeberg MedizinTechnik, 45309 Essen gesendet werden.</li> </ul> Ich (Patient/in) <b>entscheide</b> : So soll es sein! <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma Kleeberg darf meine Daten, z.B. Rezept, dieses Blatt (ausschließlich!) zwecks Versorgung mit CPM zu Hause verwenden! Insbes. für KV an meine gesetzliche Krankenkasse.</li> </ul>	Datum, Ort           Unterschrift/ Zeichen d. Patienten						
<b>Name, Vorname, / Geburtstag</b> Adresse:	/						
Telefonnummer							
Krankenkasse	VersNr.						
<b>Betroffene(s) Gelenk(e):</b>	<b>Knie / Sprunggelenk/ Schulter</b> (rechts/links) Ellenbogen						
<b>Diagnose, OP</b> OP-Datum ggf. Bemerkungen							
Bewegungsausmaß(e) passiv... ... bei Entlassung	Ext. / Flexion: Ab-/ Adduktion: (mit / ohne Rot. Ext. Pro- Sup. Retro/Ante)						
<b>... zu erweitern nach Maßgabe</b> Vorgehen bei der Erweiterung:	Arzt / Schmerz / <i>Therapieplan*</i> / gar nicht zügig / planmäßig / vorsichtig / gar nicht						
Geschwindigkeit Kraft / Sensibilität	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">schnell</td> <td style="text-align: center;">mittel</td> <td style="text-align: center;">langsam</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">resolut</td> <td style="text-align: center;">mittel</td> <td style="text-align: center;">sensibel</td> </tr> </table>	schnell	mittel	langsam	resolut	mittel	sensibel
schnell	mittel	langsam					
resolut	mittel	sensibel					
<b>*Therapieplan – Kurzform:</b> <i>Steigerung Bew.-Ausmaß:</i> (ggf bitte Beiblatt, beifügen!)	<i>Ab Woche 2 post-stationär:</i> <i>Ab Woche 3 post-stationär:</i> <i>Ab Woche 4 post-stationär:</i>						
Geplanter <b>Beginn</b> der CPM-Behandlung zu Hause							
<b>Verordnete Übungen täglich</b>	(3/5/8) ..... x ..... (30/40/60) Minuten						
<b>Verordnete Dauer d. CPM-Beh.</b>	2 / 3 / 4 / 6 ..... Wochen						
Wichtige Bemerkung(en): z.B. kontraindizierte Bewegungen:							

Wir bitten um Rückruf unter Tel. Nr. .... bis ca. ....Uhr!  
**Das Rezept** (Eigentum d Patienten) wird der/m Patientin/en **mitgegeben**.

Stempel

Unterschrift, Datum