

PERSONALIEN (bitte vollständig ausfüllen oder Etikett aufkleben)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

Vers.-/Unfall-Nr.

VERMIETUNG VON COMPEX GERÄTEN: DOMIZILBEHANDLUNG

T A R I F	Tarif: Elektromyostimulation COMPEX	Programme (P) / Funktion
	<input type="checkbox"/> 30 Tage	
<input type="checkbox"/> 31 - 60 Tage	Kräftigung P <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 61 - 120 Tage	denervierter Muskel P <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Langzeit	Sonstige <input type="text"/>	
M I G E L	MiGel: TENS COMPEX Technology	
	<input type="checkbox"/> 120 Tage 09.02.01.00.1	
	<input type="checkbox"/> ab 120 - 180 Tage 09.02.01.00.2	
	<input type="checkbox"/> Langzeit	
	<input type="checkbox"/> Lumbalbandage	

Krankheit Unfall Invalidität

HAUPTDIAGNOSE - COMPEX 3

- Neuromuskuläre Krankheiten / Muskelläsion/ -schwund
- Lang andauernde Immobilisation
- Denervierter Muskel
- Läsion: Region:

Medizinische Begründung

- Beim Patienten erprobt und eingewiesen

HAUPTDIAGNOSE - TENS bzw. BANDAGE

- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen
- Neuralgien
- Andere:

Medizinische Begründung

- Beim Patienten erprobt und eingewiesen

Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung

Datum der Spitalentlassung

evtl. Hausarzt

Spezielle Anordnung

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Information für die Physiotherapie

Das Rezept darf ohne Einverständnis des Arztes nicht geändert werden. Das rezeptierte Produkt soll nicht durch ein anderes ersetzt werden. Die vorliegende Verordnung von medizinischen Hilfsmitteln ist medizinisch indiziert.

BESTELLUNG ELEKTROMYOSTIMULATOR (TARMED 7301)

GERÄT AN PHYSIOTHERAPEUT

Compex Programm VKB / Foo2A, Atrophie, Muskelkräftigung (Foo1A), Denerviert, TENS, anderes Programm:
(zutreffendes bitte unterstreichen)

Name, Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon/Ort

E-Mail

Unterschrift

GERÄT AN PATIENT

Einverständniserklärung (E3) muss unterschrieben sein. Bitte Einverständniserklärung (E3) mitschicken.

Name, Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

