



HINWEIS FÜR ÄRZTE & THERAPEUTEN

Unsere Hilfsmittel sind verordnungsfähig und belasten nicht Ihr Heilmittelbudget.

1.Keine Budgetierung:

Die Hilfsmittelverordnung belastet nach § 84 des Sozialgesetzbuches (SGB) V kein Arznei-, Verband- oder Heilmittelbudget.

2.Inhalt des Rezeptes:

Ein **Musterrezept** finden Sie auf der **Rückseite dieses Flyers**.

3.Folgerezept:

Auch als weiter behandelnder Arzt sind Sie berechtigt, ein Folgerezept auszustellen. Bitte unterschreiben Sie ebenso den Verlaufsbericht des Patienten.

4.Kostenübernahme der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung:

Unsere Elektrostimulationsgeräte sind für die ambulante und häusliche Behandlung konzipiert und als Hilfsmittel der Produktgruppe 09 anerkannt. In der Regel übernehmen die Gesetzliche (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) die Kosten.

5.Zuzahlung Patienten:

Gemäß Spitzenverband der Krankenkassen leisten Patienten eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent für jedes Hilfsmittel, jedoch mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, wie z.B. Elektroden zahlen Patienten 10 Prozent je Verbrauchseinheit, max. 10 Euro/Monat.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Innendienst gerne zur Verfügung:

Tel. +49 40 6060 4-13 • Fax: +49 40 60604-80
els@laemungen-bewegen.de • www.laemungen-bewegen.de



KRAUTH + TIMMERMANN
ELEKTROSTIMULATION GmbH
Poppenbütteler Bogen 11
22399 Hamburg
zertifiziert nach DIN EN ISO 13485
Qualität 'Made in Hamburg'

REZEPTMUSTER KT PARESE - PERIPHER

ggfs. gebührenfrei

bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger Krankenkasse		Hilfsmittel ankreuzen BVO 6 8 9		Apothekennummer / K.	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria		Geburtsdatum geb. am		Zustellung	
Adresse Musterstraße 123 12345 Musterstadt		Versicherungs-Nr. 408005		Arztbesuch-Nr.	
Kostenträgerkennung 408005		Arzt-Nr. 123456789		1. Verordnung	
Betriebsstätten-Nr. 123456789		Datum 30.6.2020		2. Verordnung	
Rp. (Bitte Leerzeile durchschneiden)		Vertragartzbezeichnung 123456789		3. Verordnung	
Diagnose und Art der Lähmung angeben. 1 Mehrkanaliges, Stimulationsgerät mit Exponentialstrom und 2 Kanälen z. B. KT Parese; Hilfsmittelnummer: 09.37.04.1 Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate.		Vertragartzname Dr. med. Arzt Musterplatz 2		54321 Musterort	
bbbr Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 15 (10.2014)	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			

Patient bitte auf der Rückseite unterschreiben lassen

ärztliche Unterschrift und Stempel

Diagnose nicht vergessen -> Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer

