



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

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Krankenkasse	Hier Insch. Nr. des Bsp. BVO eintragen (Beitrag)	Beleg-Nr.	Apotheken-Nr. / K.
Geb. an	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria	Zustellung	Gesamt Stufe	
neu	geb. am Musterstraße 123 12345 Musterstadt	Arztambulanz-Nr.	Faktor	Stufe
sonst	Kostensüßerkennung 408005	1. Verordnung		
Unfall	Versicherer-Nr. X123456789	2. Verordnung		
Kostenüber	Arzt-Nr. 123456789	3. Verordnung		
auf dem	RP. (Bitte Leerzeile durchschneiden)	Verfügungsbetrag 123456789 Dr. med. Arzt Musterplatz 2 54321 Musterort		
auf dem	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.	Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
auf dem	bbbr Bei Arbeitsunfall auszufüllen!	Abgabedatum in der Apotheke		
	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		

Patient bitte auf der Rückseite unterschreiben lassen

ärztliche Unterschrift und Stempel

Diagnose nicht vergessen -> Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer

