



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 60604-13 • Fax: +49 40 60604-80
els@laehmungen-bewegen.de • www.laehmungen-bewegen.de



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

REZEPTMUSTER KT NEURO



ggfs. gebührenfrei **bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen**

Krankenkasse (bzw. Kostenträger) Krankenkasse		Stb. nach Stb. Nr. über BVG 2009, Stb. Nr. über BVG 2004		Appellationsnummer / K.	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria		Geburtsdatum geb. am			
Musterstraße 123					
12345 Musterstadt					
Krankenfürkennung 408005		Versicherten-Nr. X123456789		Status	
Betriebsstätten-Nr. 123456789		Arzt-Nr. 123456789		Datum 30.6.2020	
<p>Bsp. Bitte Leerblöcke durchschreiben!</p> <p>1 Biphasesches EMG-getriggertes Muskelstimulationsgerät mit Therapiespeicher und 4 Kanälen z. B. KT Neuro; Hilfsmittelnnummer: 09.37.02.2</p> <p>Nach erfolgreicher Erprobung für X Monate.</p>					
Diagnose und Art der Lähmung angeben.		<p>b b b r</p> <p>Bei Arbeitsunfähigkeit auslösend</p>		<p>Verordnungsstempel</p> <p>123456789 Dr. med. Arzt Musterplatz 2</p> <p>54321 Musterort</p>	
<p>Unterbereichs- oder Arbeitgebernummer</p>		<p>Abgabestellen in der Apotheke</p>		<p>Lizenznummer des Arztes Muster 15 (10.2014)</p>	

**Patient bitte auf der Rückseite
unterschreiben lassen**

ärztliche Unterschrift und Stempel

**Diagnose nicht vergessen ->
Bezeichnung der Lähmung**

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer