



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:

+49 40 606004-13 • Telefax: +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 MOTION



ggfs. gebührenfrei

bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen

Patient bitte auf der Rückseite unterschreiben lassen

ärztliche Unterschrift und Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Übertragungsart		Appellationsnummer / PK	
Krankenkasse		6 8 9			
Name, Vorname des Versicherten		Zustellung		Gesamt-Stufe	
Mustermann, Maria		Anzahl der Monate		Faktor	
Musterstraße 123		1. Verrentung		Stufe	
12345 Musterstadt		2. Verrentung			
Krankheitsbezeichnung		1. Verrentung			
408005					
Versicherten-Nr.					
X123456789					
Arzt-Nr.					
123456789					
Datum					
30.6.2020					
<p>Ein. (bis 1. April 2019 durchschickbar)</p> <p>1 Mehrkanaliges, Sensorgesteuertes Stimulationsgerät mit Therapiekanal und vier Kanälen z. B. KT Motion; Hilfsmittelnnummer: 09.37.04.1 Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate.</p>					
<p>Diagnose und Art der Lähmung angeben.</p>					
b b b r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes (Muster 16.10.2016)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unterschieds- oder Arbeitsgebernummer			
Unfalltag					

Diagnose nicht vergessen -> Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer