



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@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 PARESE - ZENTRAL



ggfs. gebührenfrei

bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen

Seiten-Nr.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Die Art der Hilfe (siehe auch Anmerkungen)		Anschaffungskosten / K.	
Art	Krankenkasse		6 X			
Nach-Nr.	Name, Vorname des Versicherten		Zusatz		Gesamt-Betrag	
Wohn-Ort	Museummann, Maria		Arztbesuch		Faktor	
Wohn-Str.	Musterstraße 123		Arztbesuch Hilfsmittel		Tage	
Wohn-PLZ	12345 Musterstadt		1. Verordnung			
Umsatz-Nr.	Kontrahentennummer	Versicherer-Nr.	2. Verordnung			
	408005	X123456789	3. Verordnung			
Arzt-Nr.	Betriebsärztin-Nr.	Arzt-Nr.	4. Verordnung			
123456789	123456789	30.6.2020				
Rp. (bitte Leerläufe abkürzen!)						
1 Mehrkanaliges, Sensorgesteuertes Stimulationsgerät mit						
Therapiespeicher und 2 Kanälen						
z. B. KT PARESE; Hilfsmittelnummer: 09.37.04.1						
Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate.						
Diagnose und Art der Lähmung angeben.						
b b b r						
Bei Arbeitsunfall ausserordentlich						
Umfeldtag						
Unfallbetrieb oder Arbeitgebername						
Vertragstextnummer						
123456789						
Dr. med. Arzt						
Musterplatz 2						
54321 Musterort						
Unterschrift des Arztes						
Muster 16 (10.2016)						

Patient bitte auf der Rückseite unterschreiben lassen

ärztliche Unterschrift und Stempel

Diagnose nicht vergessen -> Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer