



# Rezeptmuster KT Move - Erstversorgung

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

**6**

## Erläuterungen

- 1** Hilfsmittel ankreuzen
- 2** gebührenfrei/gebührenpflichtig ankreuzen
- 3** Rezepttext aus der Vorlage eintragen
- 4** Art der Lähmung und Diagnose, z. B.:
  - schlaffe/spastische Hemiparese li/re nach Apoplex
  - beinbetonte Paraparese bei inkompletter Querschnittlähmung
- 5** Unterschrift des Patienten auf der Rezept-Rückseite
- 6** Unterschrift des Arztes