

K+T

KRAUTH+TIMMERMANN
Elektrostimulation



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:

040 / 60 60 4-13 • Telefax: 040 / 60 60 4-80

els@laemungen-bewegen.de • www.laemungen-bewegen.de



KRAUTH + TIMMERMANN GmbH
ELEKTROSTIMULATION
Poppenbütteler Bogen 11
22399 Hamburg
zertifiziert nach DIN EN ISO 13485
Qualität made in Hamburg 

REZEPTMUSTER KT MOTION

ggf. gebührenfrei
ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Krankenkasse	<input checked="" type="checkbox"/>	bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen	
	Mustermann, Maria Musterstraße 123 12345 Musterstadt			
	408005 X123456789			
	123456789 123456789	30.6.2020		
1 mehrkanaliges, Biphasisches Muskelstimulationsgerät mit Therapiespeicher und vier Kanälen e.g. KT Motion; Hilfsmittelnummer: 09.37.04.1 Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate.				
Diagnose:		123456789 Dr. Med. Arzt Musterplatz 2 54321 Musterort		
		<input type="checkbox"/>		

Patient bitte auf
der Rückseite
unterschreiben
lassen

ärztliche
Unterschrift
und Stempel

- Diagnose nicht
vergessen
- vollständige Gerätebezeichnung
 - Mietdauer
 - bei Selbstausgabe Seriennummer

