



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 Krankenkasse		Rück- und Vorname des Versicherten geb. am	
Mustermann, Maria		geb. am	
Musterstraße 123			
12345 Musterstadt			
Kostenlosgenennung	Versicherten-Nr.	Status	
408005	X123456789		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
123456789	123456789	30.6.2020	
Einzel- (Bitte Leerkästchen durchstreichen)			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Mehrkanales, Sensorgesteuertes Stimulationsgerät mit Therapiespeicher und vier Kanälen z. B. KT Motion; Hilfsmittelnr.: 09.37.04.1. Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate.		
<input type="checkbox"/> 2	Diagnose:		
<input type="checkbox"/> 3	bbbr		
<input type="checkbox"/> 4	Bei Arbeitsunfall auszufüllen:		
<input type="checkbox"/> 5	Unfallort/Arzt/Arztgebührennr.		
Vertragartzblatts-nr.		Vertragartzblatts-nr.	
123456789		123456789	
Dr. med. Arzt		54321 Musterort	
Musterplatz 2			
Unterschrift des Arztes		Muster 15 (10.2018)	

Diagnose nicht vergessen -> Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer