



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:

040/60 604 13 • Telefax: 040/60 604 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 NEURO

ggf. gebührenfrei
ankreuzen

bitte unbedingt
Hilfsmittel ankreuzen

<input type="checkbox"/> Geb. z. Z.	<input type="checkbox"/> neu	<input type="checkbox"/> Neuversch.	<input type="checkbox"/> Krankeng.	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Kostenlos	<input type="checkbox"/> Bsp. (Bitte Leerkästchen durchstrichen)	
Krankenkasse (zsm. Kostenträger) Krankenkasse		Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria Musterstraße 123 12345 Musterstadt		Geb. am geb. am		Verfügbarkeitsregel	
Kostenträgerkennung 408005		Versicherten-Nr. X123456789		Status Status		123456789 Dr. Med. Arzt Musterplatz 2	
Betriebsstätten-Nr. 123456789		Arzt-Nr. 123456789		Datum 30.6.2020		54321 Musterort	
Diagnose: b b b r l		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 15 (10.2014)		Unterstützt das Rezept Muster 15 (10.2014)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			

Patient bitte auf
der Rückseite
unterschreiben
lassen

ärztliche
Unterschrift
und Stempel

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

