

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:

040/60 604 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"/> Ersatz | <input type="checkbox"/> Nachbest. | <input type="checkbox"/> Nachbest. 2 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 3 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 4 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 5 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 6 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 7 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 8 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 9 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 10 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 11 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 12 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 13 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 14 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 15 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 16 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 17 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 18 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 19 | <input type="checkbox"/> Nachbest. 20 | |
| Krankenkasse (zsm. Kostenträger) Krankenkasse | | Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria | | geb. am Musterstraße 123 | | 12345 Musterstadt | | Kostenträgerkennung 408005 | | Versicherten-Nr. X123456789 | | Status geb. am | | Arzt-Nr. 123456789 | | Datum 30.6.2020 | | Hilfsmittel-Nr. 6 | | Hilfsmittel-Nr. 8 | | Hilfsmittel-Nr. 9 | |
| Betriebsstätten-Nr. 123456789 | | Arzt-Nr. 123456789 | | Datum 30.6.2020 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | |
| Rp. (Bitte Leeräume durchstrichen) | | T Biphasisches EMG-getriggertes Muskelstimulationsgerät mit Therapie Speicher und 4 Kanälen e.g. KT Neuro; Hilfsmittelnnummer: 09.37.02.2. Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate. | | Diagnose: b b b r l | | Abgabedatum in der Apotheke | | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | | Verordnungs-Nr. 123456789 | |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen! | | Unfalltag | | Unfallort | | Unfallursache | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | | Unfallversicherung | |

Patient bitte auf
der Rückseite
unterschreiben
lassen

ärztliche
Unterschrift
und Stempel

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

