



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:

Tel. +49 40 6060 4-13 • Fax: +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 PARESE - PERIPHER



ggfs. gebührenfrei

bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger Krankenkasse		Hr. Insp. Soc. St. Beg. RZG 1.000 2.000 3.000 4.000 5.000 6.000 7.000 8.000 9.000 10.000 6 X		Ausweisnummer / Nr.	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maria		geb. am get. am			
Kostenträgerkennung 408005		Versicherten-Nr. X123456789		Status	
Betriebsstätten-Nr. 123456789		Arzt-Nr. 123456789		Datum 30.6.2020	

Rp. (Bitte Leerräume durchzeichnen)

1 Mehrkanaliges, Stimulationsgerät mit Exponentialstrom und 2 Kanälen z. B. KT PARESE; Hilfsmittelnummer: 09.37.04.1. Nach erfolgreicher Erprobung für x Monate.

Diagnose: 6664

Bei Arbeitsunfall auslösend
Unfalltag

Abgabedatum in der Apotheke

Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Verfügbarkeitspreis
123456789
Dr. med. Arzt
Musterplatz 2
54321 Musterort

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Patient bitte auf der Rückseite
unterschreiben lassen

ärztliche Unterschrift und Stempel

Diagnose nicht vergessen ->
Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer