



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 - ZENTRAL



ggfs. gebührenfrei

bitte unbedingt Hilfsmittel ankreuzen

Seiten-Nr.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		RPO (Bitte leer lassen!)		Anschaffungsnummer / J. K.	
USt-Nr.	Krankenkasse		Zusatzleistung		Gewicht / Stück	
USt-Nr.	Name, Vorname des Versicherten		Arztbesuch / Hilfsmittel-Nr.		Faktor	
USt-Nr.	Museummann, Maria		1. Verordnung		Tage	
USt-Nr.	Musterstraße 123		2. Verordnung			
USt-Nr.	12345 Musterstadt		3. Verordnung			
USt-Nr.	Kostenträgerkennung	Versicherer-Nr.	Status		Vertragartzblattsymbol	
USt-Nr.	408005	X123456789	geb. am		123456789	
USt-Nr.	Befreiungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		Dr. med. Arzt	
USt-Nr.	123456789	123456789	30.6.2020		Musterplatz 2	
Rp. (Bitte Leeräume durchschreiben)						
1 Mehrkanaliges, Sensorgesteuertes Stimulationsgerät mit						
Therapiespeicher und 2 Kanälen						
z. B. KT Parese; Hilfsmittelnr.: 09.37.04.1. Nach erfolgreicher						
Erprobung für x Monate.						
Diagnose:						
666H						
Bei Arbeitsunfall ausgestellt						
Umfeldang						
Abgabedatum in der Apotheke						
Unternehmens- oder Arbeitgebernummer						
Unterschrift des Arztes						
Muster 18 (10.2014)						

Patient bitte auf der Rückseite unterschreiben lassen

ärztliche Unterschrift und Stempel

Diagnose nicht vergessen -> Beschreibung der Lähmung

- vollständige Gerätebezeichnung
- Mietdauer