ARTROMOT®

Therapieplan Arzt

SCHNELL. KOMPETENT. DEUTSCHLANDWEIT.

ARTROMOT®-HOMECARE SERVICE
CPM-BEWEGUNGSSCHIENEN

enovis™

ARTROMOT®-HOMECARE SERVICE
Sie verordnen – wir versorgen!

1. Füllen Sie das **Originalrezept** aus:

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
1 ARTROMOT ..... (1) ..... Bewegungsschiene
HMV-Nr.: ..... (2) ..... für ..... (3) .....Wochen
Indikation: .....
OP-Datum: ..... (4) ....., Entl.-Datum: ..... (5) .....
Tel. Patient: ..... (6) .....
Vertragsarztstempel
Unterschrift des Arztes
Muster (6.17.2008)

1. Bewegungsschiene
2. HMV-Nr.:
   - Knie oder Hüfte: 32.04.01.0
   - Schulter: 32.09.01.0
   - Ellenbogen: 32.08.01.0
   - Sprunggelenk: 32.02.01.0
   - Handgelenk: 32.07.00.0
   - Finger: 32.07.00.0
3. Verordnungsdauer
4. OP-Datum
5. Entlassdatum
6. Telefon Patient

2. Füllen Sie den Therapieplan aus:
   Wichtig für die korrekte Auslieferung des Gerätes an Ihren Patienten und die Genehmigung durch den Kostenträger!
3. Legen Sie den Plan in den Rezeptdrucker.
   Die Daten der Versichertenkarte können jetzt ins Formular gedruckt werden.
4. **Faxen Sie** den Therapieplan und das Rezept **an:** 0800 3 676 333 **– gebührenfrei –**
   oder übermitteln sie das Rezept elektronisch über die sichere Online Verbindung:
   https://enovis.ftapi.com/secuform/portal/rezeptmeldung
5. **Schicken Sie die Originalrezepte im kostenlosen Rückumschlag direkt an Enovis/ORMED GmbH.**
6. Übergeben Sie die Flyer **„Wichtige Patienteninformation"** für gesetzlich und – falls zutreffend – privat versicherte Patienten.

Für gesetzlich versicherte Patienten gilt die Zuzahlungsregel für alle Hilfsmittel und das Patientenwahlrecht.

Die ARTROMOT® Bewegungsschiene wird durch einen Enovis-Patientenbetreuer zu ihrem Patienten nach Hause geliefert, und wird nach Therapieplan eingestellt und eingewiesen.

Bitte schicken Sie uns einen neuen Block **ARTROMOT®-Homecare Service – Therapieplan Arzt** und _____ Rückumschläge für Rezepte.

Bitte senden Sie uns den Therapieplan als PDF-Vorlage an folgende E-Mail-Adresse:

_____

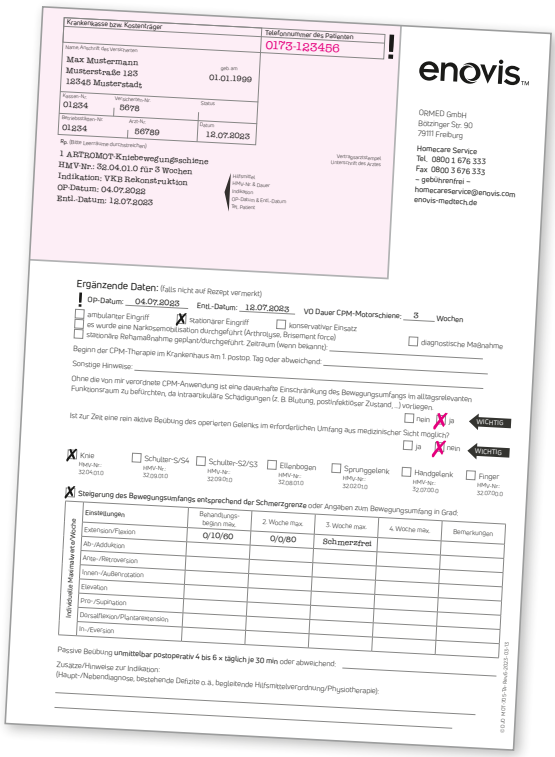
Zurück an:

Absender (Praxisstempel)

ORMED GmbH
A company of Enovis
Homecare Service
Bötzinger Straße 90
79111 Freiburg

Fax 0800 3 676 333 gebührenfrei

homecareservice@enovis.com



© DJO MOT-705-TA-Rev.6-2023-03-13

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Telefonnummer des Patienten

!

Name, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel
Unterschrift des Arztes

Hilfsmittel
HMV-Nr. & Dauer
Indikation
OP-Datum & Entl.-Datum
Tel. Patient

enovis™

ORMED GmbH
Bötzinger Str. 90
79111 Freiburg

Homecare Service
Tel. 0800 1 676 333
Fax 0800 3 676 333
– gebührenfrei –
homecareservice@enovis.com
enovis-medtech.de

Ergänzende Daten: (falls nicht auf Rezept vermerkt)

! OP-Datum: _____ Entl.-Datum: _____ VO Dauer CPM-Motorschiene: _____ Wochen

☐ ambulanter Eingriff ☐ stationärer Eingriff ☐ konservativer Einsatz
☐ es wurde eine Narkosemobilisation durchgeführt (Arthrolyse, Brisement force) ☐ diagnostische Maßnahme
☐ stationäre Rehamaßnahme geplant/durchgeführt. Zeitraum (wenn bekannt): _____

Beginn der CPM-Therapie im Krankenhaus am 1. postop. Tag oder abweichend: _____

Sonstige Hinweise: _____

Ohne die von mir verordnete CPM-Anwendung ist eine dauerhafte Einschränkung des Bewegungsumfangs im alltagsrelevanten Funktionsraum zu befürchten, da intraartikuläre Schädigungen (z. B. Blutung, postinfektiöser Zustand, ...) vorliegen.

☐ nein ☐ ja WICHTIG

Ist zur Zeit eine rein aktive Beübung des operierten Gelenks im erforderlichen Umfang aus medizinischer Sicht möglich?

☐ ja ☐ nein WICHTIG

☐ Knie	☐ Schulter-S/S4	☐ Schulter-S2/S3	☐ Ellenbogen	☐ Sprunggelenk	☐ Handgelenk	☐ Finger
HMV-Nr.: 32.04.01.0	HMV-Nr.: 32.09.01.0	HMV-Nr.: 32.09.01.0	HMV-Nr.: 32.08.01.0	HMV-Nr.: 32.02.01.0	HMV-Nr.: 32.07.00.0	HMV-Nr.: 32.07.00.0

☐ **Steigerung des Bewegungsumfangs entsprechend der Schmerzgrenze** oder Angaben zum Bewegungsumfang in Grad:

Individuelle Maximalwerte/Woche	Einstellungen	Behandlungs-beginn max.	2. Woche max.	3. Woche max.	4. Woche max.	Bemerkungen
	Extension/Flexion					
	Ab-/Adduktion					
	Ante-/Retroversion					
	Innen-/Außenrotation					
	Elevation					
	Pro-/Supination					
	Dorsalflexion/Plantarextension					
	In-/Eversion					

Passive Beübung **unmittelbar postoperativ 4 bis 6 × täglich je 30 min** oder abweichend: _____

Zusätze/Hinweise zur Indikation:
(Haupt-/Nebendiagnose, bestehende Defizite o.ä., begleitende Hilfsmittelverordnung/Physiotherapie):

_____

_____

© DJO MOT-705-TA-Rev.6-2023-03-13