

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
Bötzing 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-Motorschienen:** _____ **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 Ellenbogen Sprunggelenk Sonstige
 HMV-Nr.: 32.04.01.0 HMV-Nr.: 32.09.01.0 HMV-Nr.: 32.08.01.0 HMV-Nr.: 32.02.01.0 _____

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

Individuelle Maximalwerte/Woche	Einstellungen	Behandlungsbeginn max.	2. Woche max.	3. Woche max.	4. Woche max.	Bemerkungen
	Extension/Flexion					
Adduktion/Abduktion						
Ante-/Retroversion						
Innen-/Außenrotation						
Elevation						
Pro-/Supination						
Dorsalflexion/Plantarextension						
In-/Eversion						
<input type="checkbox"/> ACL/PCL <input type="checkbox"/> Knorpel <input type="checkbox"/> TEP						

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

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