

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Telefonnummer des Patienten
Name, Anschrift des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	
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-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**

- |  |   |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Knie<br>HMV-Nr.:<br>32.04.010 | <input type="checkbox"/> Schulter-S/S4<br>HMV-Nr.:<br>32.09.010 | <input type="checkbox"/> Schulter-S2/S3<br>HMV-Nr.:<br>32.09.010 | <input type="checkbox"/> Ellenbogen<br>HMV-Nr.:<br>32.08.010 | <input type="checkbox"/> Sprunggelenk<br>HMV-Nr.:<br>32.02.010 | <input type="checkbox"/> Handgelenk<br>HMV-Nr.:<br>32.07.000 | <input type="checkbox"/> Finger<br>HMV-Nr.:<br>32.07.000 |
|--|---|--|--|--|--|--|

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					
	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):

---



---