

Kompetent. Schnell. Österreichweit.

<p><b>BEHANDLUNGSPLAN</b> für CPM-Bewegungsschienen</p> <p>Patient/in: _____</p> <p>Tel.: _____</p> <p>Soz.Vers.Nr.: _____ Geb.-Datum: _____</p> <p>Kasse: _____</p> <p>Anlieferadr.: _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,</b> gerne liefern wir die verordnete Bewegungs- schiene direkt zu Ihnen nach Hause. Bitte rufen Sie uns zur Terminabstimmung an.</p> <p>Gute Besserung wünscht Ihnen Ihr ORTHOMED-Team.</p> <p>ORTHOMED Medizintechnik GmbH Annagasse 5/1/4 A-1010 Wien Tel. +43 1 532 08 34 Fax +43 1 532 08 34 -31 homecareservice-at@enovis.com</p>
--	--

Entlassungsdatum: \_\_\_\_\_

Bewegungstherapie ab: \_\_\_\_\_

ARTROMOT-Bewegungsschiene für

X	Bewegungsschieneart	Bewegungsfaktor	Grad von bis	Geschwindigkeit
	Knie- und Hüftgelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Extension/Flexion Pausen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein oder Chipkarte	-	schnell/langsam
	Sprunggelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Plantarflexion/Dorsalflexion Inversion/Eversion oder Chipkarte	-	
	Schultergelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Adduktion/Abduktion Innen- /Außenrotation oder Chipkarte	-	
	Ellbogengelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Extension/Flexion Pronation/Supination oder Chipkarte	-	

Änderungen des Bewegungsumfanges während der Dauer der Behandlung:

\_\_\_\_\_

Pausen zw. tägl. Behandlungszyklen: \_\_\_\_\_ Std.

- Nach der Bewegungsbehandlung 20 min. Eispackungen oder kalte Umschläge.
- Sollten während der Bewegungsbehandlung Besonderheiten auftreten, sind diese unverzüglich dem verordnenden Arzt mitzuteilen.

Patient/in akzeptiert ausdrücklich die Verwendung perso-  
nenbezogener Daten und ggf. die notwendige Weiterleitung  
dieser an die zuständige Krankenkasse.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verschr. Arzt/Ärztin (Stempel)