

# HOME CARE SERVICE

Kompetent. Schnell. Österreichweit. Seit über 20 Jahren Ihr Spezialist.

## BEHANDLUNGSPLAN für CPM-Bewegungsschienen

Patient/in: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kasse: \_\_\_\_\_

Anlieferadr.: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,**  
gerne liefern wir die verordnete Bewegungs-  
schiene direkt zu Ihnen nach Hause. Bitte rufen  
Sie uns zur Terminabstimmung an.

Gute Besserung wünscht Ihnen Ihr  
ORTHOMED-Team.

ORTHOMED Medizintechnik GmbH  
Annagasse 5/1/8  
A-1010 Wien  
Tel. +43 1 532 08 34  
Fax +43 1 532 08 34 -31  
orthomed@orthomed.cc



Diagnose und OP-Datum: \_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

Behandlungszyklen/Pausen: \_\_\_\_\_ täglich \_\_\_\_\_ Minuten \_\_\_\_\_ Stunden.

- 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)