

## PERSONALIEN (bitte vollständig ausfüllen oder Etikett aufkleben)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

Vers.-/Unfall-Nr.

## VERMIETUNG VON COMPEX GERÄTEN: DOMIZILBEHANDLUNG

<b>T A R I F</b>	<b>Tarif: Elektromyostimulation COMPEX</b>	<b>Programme (P) / Funktion</b>
	<input type="checkbox"/> 30 Tage	Muskelatrophie <input type="checkbox"/> P
	<input type="checkbox"/> 31 - 60 Tage	Kräftigung <input type="checkbox"/> P
	<input type="checkbox"/> 61 - 120 Tage	denervierter Muskel <input type="checkbox"/> P
	<input type="checkbox"/> Langzeit	Sonstige <input type="text"/>
<b>M I G E L</b>	<b>MiGeL: TENS COMPEX Technology</b>	
	<input type="checkbox"/> 120 Tage 09.02.01.00.1	
	<input type="checkbox"/> ab 120 - 180 Tage 09.02.01.00.2	
	<input type="checkbox"/> Langzeit	
<input type="checkbox"/> <b>Lumbalbandage</b>		

Krankheit  Unfall  Invalidität

## HAUPTDIAGNOSE - COMPEX 3

Neuromuskuläre Krankheiten / Muskelläsion/ -schwund

Lang andauernde Immobilisation

Denervierter Muskel

Läsion:   Region:

Medizinische Begründung

Beim Patienten erprobt und eingewiesen

## HAUPTDIAGNOSE - TENS bzw. BANDAGE

Gelenkschmerzen

Muskelschmerzen

Neuralgien

Andere:

Medizinische Begründung

Beim Patienten erprobt und eingewiesen

**Verordnender Arzt/Ärztin**

Datum der Verordnung

Datum der Spitalentlassung

evtl. Hausarzt

Spezielle Anordnung

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

### Information für die Physiotherapie

Das Rezept darf ohne Einverständnis des Arztes nicht geändert werden. Das rezeptierte Produkt soll nicht durch ein anderes ersetzt werden. Die vorliegende Verordnung von medizinischen Hilfsmitteln ist medizinisch indiziert.

## BESTELLUNG ELEKTROMYOSTIMULATOR (TARMED 7301)

**GERÄT AN PHYSIOTHERAPEUT**

Compex Programm  VKB /Foo2A), Atrophie, Muskelkräftigung (Foo1A), Denerviert, TENS, anderes Programm:

(zutreffendes bitte unterstreichen)

Name, Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon/Ort

E-Mail

Unterschrift

**GERÄT AN PATIENT**

Einverständniserklärung (E3) muss unterschrieben sein. Bitte Einverständniserklärung (E3) mitschicken.

Name, Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

MIT-0065-REV.1-08/18

