

**CPM-Fax** „Motorschienen-Anforderungsbogen\*\*“  
 (... ergänzende Informationen zur **Ärztlichen Verordnung** )  
 Wo bleibt mein Gerät? Kostenlos nachfragen: **0800 276 5533**

**Fax 08-1300h 0201 45 85 98 34** Kleeberg Med.Tec./ „Kinetec™ West“

**Fax 13-1930 h 0201 85 5 47 34** Stefan Kleeberg (z.B. AOK,BEK,DAK,BKK,HEK, TK...  
 45309 Essen, Rotthauer Str. 33e



(\*wird von vielen GKV“en als **vollwertiger „Rezeptersatz“** akzeptiert)

- Wir verordnen folgender/m Patientin/en ein **CPM-Gerät** / „**Motorschiene**“ **miet-/** leihweise für zu Hause, bitten **im Namen d. Patientin/en** um Einreichung Kostenvoranschlag im Vorfeld bei der zuständigen Kasse:

<b>Beauftragung des Arztes</b> durch die/den Patienten/in: Mein Rezept, meine Daten sollen an o.g. Dienstleister gesendet werden Kleeberg Med.Tec. darf meine Daten ausschließlich zwecks meiner aktuell rezeptierten Versorgung mit CPM zu Hause <b>verwenden</b> , insbes. für den <b>KV</b> an meine gesetzliche <b>Krankenkasse</b> .		Zeichen d. Patienten
<b>Name, Vorname, d. Patienten/in</b> / Geburtstag		/
Adresse:		
<b>Tel. des Patienten/in zu Hause</b> / Ggf. Tel. im Krankenhaus		/
<b>Krankenkasse / Versicherung</b>		
<b>Betroffene(s) Gelenk(e):</b>		Knie / Sprunggelenk/ Schulter (rechts/links) Ellenbogen / Hand / Finger
<b>Ärztlich vorgeschlagenes Gerät</b> (Schulter, Information auf Anfrage)	<b>Centura</b> „digital“ / <b>ArtS</b> bis 110°+AR / <b>7081</b> „analog“ (Siehe z.B. Infoblatt „3SchulternCPM“ von Kleeberg Med.Tec.)	
<b>Diagnose, OP</b> <b>OP-Datum ggf. Bemerkungen</b>		
Bewegungsausmaß(e) passiv... ... bei Entlassung Schulter / Ellenbogen:		Ext. / Flexion: Ab-/ Adduktion: mit / ohne Rot. Ext. Pro- Sup. Retro/Ante
<b>... zu erweitern nach Maßgabe</b> Vorgehen bei der Erweiterung:		Arzt / Schmerz / <i>Therapieplan*</i> / gar nicht zügig / planmäßig / vorsichtig / gar nicht
Geschwindigkeit Kraft / Sensibilität		schnell mittel langsam resolut mittel sensibel
<b>*Therapieplan – Kurzform:</b> Steigerung Bew.-Ausmaß: (ggf bitte Beiblatt, Ther.plan beifügen!)		Ab Woche 2 post-stationär: Ab Woche 3 post-stationär: Ab Woche 4 post-stationär:
<b>Geplanter Beginn der</b> <b>CPM-Behandlung zu Hause</b>		
<b>Verordnete Übungen täglich</b>		(3/5/8) ..... x ..... (30/40/60) Minuten
<b>Vorordnete Dauer d. CPM-Beh.</b> 4 Wochen post-OP hinreichend?		2 / 3 / 4 ..... <b>Wochen</b> ja / ggf. / kaum / eher nein
<b>wichtige Bemerkung(en):</b> z.B. kontraindizierte Bewegungen:		

- Wir bitten um Rückruf unter Tel. Nr. .... bis ca. ....Uhr  
 Die **Verordnung** wird dem Patienten **mitgegeben** / per Post zugeschickt.  
 Stempel d. Arztes (ggf. linker Rand, quer)/ Unterschrift, Datum