

Medizinische Indikation zur Vorlage bei der Krankenkasse

Patienten und Krankenkassendaten (bitte vollständig ausfüllen):

Name:	Vorname:
Straße:	Geb. Datum:
PLZ/Ort:	Telefon:
Krankenkasse:	Versichertenrnr:
Zuzahlungsbefreiung:	MitarbeiterIn:

Hiermit verordne ich die Therapie mit dem Inkontinenztherapie-System

- IncoTWIN Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback, EMG-getriggert
- IncoMOVE sprachgeführtes EMG-Biofeedback-System mit Therapiespeicher
- Myo Trainer EMG-Biofeedback-System
- Peristim pro Funktionelle Elektrostimulation mit Therapiespeicher
- DuoBravo U Funktionelle Elektrostimulation (programmierbar) mit Therapiespeicher
- DRI Sleeper eclipse Bettnässeralarmssystem drahtlos
- Pelvita+ Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback
- _____

Die Inkontinenz / Blasenfunktionsstörung besteht seit: _____

- Form/Schweregrad: Harnbelastungsinkontinenz (I° II° III°) Stuhl(sensor. neurog. muskulär)
- Drang (sensor. motorisch)
- gem. Belastungs-/Dranginkontinenz neurogene Blasenentleerungsstörung

Ursachen / Anamnese:

Nachstehende Therapien wurden bereits durchgeführt (wie lange/Erfolg?)

- Diagnostische Maßnahmen:** Miktionstagebuch vag./ rek. Digitaluntersuchungen Uroflow
- Urodynamik Sonstige

Verordnungsdauer: Verordnung für 3 Monate Verlängerung für ____ Monate

Zubehör: **Siehe Rückseite**

Das Therapiesystem, mit der Seriennummer: _____ wurde dem Patienten ausgehändigt.

Der Patient hat sich für die Heimanwendung des oben gekennzeichneten Therapiesystems entschieden (§ 2 Abs. § SGB V).

Ich beurteile den Einsatz des von mir verordneten Systems, in dessen Handhabung der Patient eingewiesen wurde, als geeignete Therapie zur Besserung der Symptomatik bzw. Wiederherstellung der Kontinenz. Der Patient ist psychisch und physisch in der Lage diese Therapie – entsprechender der Erprobung unter meiner ärztlichen Anleitung- in Form der Heimtherapie durchzuführen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift den Erhalt und die Einweisung in das o. g. Therapiesystem. Das notwendige Zubehör inkl. der Gebrauchs-, Sicherheits- und Lieferhinweise habe ich durch einen autorisierten Medizinprodukteberater der Medizintechnik Heise GmbH erhalten. Ich wurde über die gültigen Zuzahlungsregelungen für Hilfsmittel für gesetzlich Versicherte informiert. Das Hilfsmittel ist Eigentum des Leistungserbringers. Ich erhalte es leihweise und verpflichte mich es bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich zu behandeln. Kosten für fahrlässig entstandene Schäden/Verlust habe ich zu tragen. Eine Überlassung an Dritte, Verkauf, Verleih, Entsorgung oder Übereignung ist nicht gestattet.

Stempel / Datum / Unterschrift Arzt

Datum / Unterschrift Patient

Zubehör bitte ankreuzen:

Bitte Chargen-/Lotnummer notieren!

Klebeelektroden

F301 Kinder
LOT _____

F521 Erwachsene
LOT _____

5x 5 cm
LOT _____

4 x 4 cm
LOT _____

5 x 10 cm
LOT _____

Rund 32 mm
LOT _____

Rund 32mm NUR DUO BRAVO
LOT: _____

4 x 4 cm NUR DUO BRAVO
LOT: _____

Elektrodengel

Vaginalelektrode/-sonde 2-polig
LOT _____

Vaginalelektrode/-sonde 3-polig
LOT _____

Vaginalelektrode/-sonde 3-polig GROß
LOT _____

Vaginalelektrode/-sonde 2-polig GROß
LOT _____

Rektalelektrode/-sonde 2-polig
LOT _____

Rektalelektrode/-sonde 3-polig
LOT _____

Incoprobe V (Kegel)
LOT _____

Incoprobe V plus (Spange)
LOT _____

Incoprobe R
LOT _____

o.g. Zubehör wurde der Patientin/dem Patienten bereits übergeben: **Ja**

Nein. Bitte der Patientin/dem Patienten zuschicken.

Sondereinstellungen

	<u>Programm 1</u>	<u>Programm 2</u>	<u>Programm 3</u>	<u>DuoBravo</u>
Anspannzeit:	_____ sec	_____ sec	_____ sec	PC1 Atone Blase Tibialisstim.
Entspannzeit:	_____ sec	_____ sec	_____ sec	
Anspannschwelle:	_____ %	_____ %	_____ %	PC2 (DSD)
Entspannschwelle:	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="radio"/> Arbeit _____ Sekunden
Anzahl der Wiederholungen:	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Pause _____ Sekunden
Anzahl der Sätze:	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Anzahl _____
Pausenzeit:	_____ sec	_____ sec	_____ sec	<input type="radio"/> Schwellwert Auto / Manuell
Behandlungszeit (gesamt):	_____ Min	_____ Min	_____ Min	
Frequenz:	_____ Hz	_____ Hz	_____ Hz	
Dauerstrom:				
Intervallstrom:				
Programmname:	_____	_____	_____	

Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten):

Ich wurde über die Mietkosten für 3 Monate in Höhe von _____ € inkl. gesetzl. MwSt. des mir verordneten Systems (siehe Vorderseite) informiert. Auf eigenen Wunsch erhalte ich das Therapiesystem mit sofortiger Wirkung, ohne dass zuvor eine Kostenübernahmebestätigung bei meiner privaten Krankenversicherung eingeholt wurde. Die Rechnungsstellung erfolgt durch Medizintechnik Heise direkt an meine Person. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum durch meine Person zu begleichen. Sollten die Kosten dieser Heimtherapie nicht durch meine private Krankenversicherung/ Beihilfe übernommen werden, so bestehen meinerseits keine Ansprüche zur Kürzung oder Stornierung der Rechnung.

Datum

Unterschrift Patientin/Patient