

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> IncoTWIN | Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback, EMG-getriggert |
| <input type="checkbox"/> IncoMOVE | sprachgeführtes EMG-Biofeedback-System mit Therapiespeicher |
| <input type="checkbox"/> Myo Trainer | EMG-Biofeedback-System |
| <input type="checkbox"/> Peristim | Funktionelle Elektrostimulation mit Therapiespeicher |
| <input type="checkbox"/> Peristim pro | Funktionelle Elektrostimulation (programmierbar) mit Therapiespeicher |
| <input type="checkbox"/> DRI Sleeper eclipse | Bettnässeralarmsystem drahtlos |
| <input type="checkbox"/> Pelvita+ | Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback |
| <input type="checkbox"/> | |

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: Vaginalelektrode/ -sonde Rektalelektrode/ -sonde Klebeelektroden 4x4cm
 Klebeelektroden **F 301** Klebeelektroden **F 521** Klebeelektroden 5x5cm

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

Der Patient hat sich für die Heimanwendung des oben gekennzeichneten Therapiesystems entschieden (§ 2 Abs. 3 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 - entsprechend der Erprobung unter meiner ärztlichen Anleitung - in Form der Heimtherapie durchzuführen. Der Patient wurde über die Zuzahlung gemäß GMG informiert: Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel, welches nicht zum Verbrauch bestimmt ist, als Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 € höchstens 10 €, allerdings nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels, an die abgebende Stelle.

Ich bestätige den Erhalt und die Einweisung in das oben gekennzeichnete Therapiesystem, welches mir in einwandfreiem Zustand übergeben wurde. Ich habe mich für den Einsatz dieses Systems entschieden und werde es entsprechend der ärztlichen Anweisung einsetzen. Das Hilfsmittel ist Eigentum des og. Leistungserbringers. Ich erhalte es leihweise von diesem Leistungserbringer. Ich verpflichte mich, das Hilfsmittel zum bestimmungsgemäßen Gebrauch zu nutzen, sachgerecht zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so muss ich dafür Schadenersatz leisten. Ich darf das Hilfsmittel keinem Dritten zur Nutzung überlassen, nicht verleihen, verkaufen, übereignen, verpfänden oder entsorgen

Stempel / Datum / Unterschrift Arzt

Datum / Unterschrift Patient