

# Medizinische Indikation zur Vorlage bei der Krankenkasse

Patienten und Krankenkassendaten (bitte vollständig ausfüllen):

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

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 Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback, EMG-getriggert
- 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 (Z6010)  
LOT \_\_\_\_\_

F521 Erwachsene  
LOT \_\_\_\_\_

(Z6009) 5x 5 cm (Z1617)  
LOT \_\_\_\_\_

4 x 4 cm (Z1613)  
LOT \_\_\_\_\_

5 x 10 cm (Z1615)  
LOT \_\_\_\_\_

Rund 32 mm (Z1616)  
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**

	<b><u>Programm 1</u></b>	<b><u>Programm 2</u></b>	<b><u>Programm 3</u></b>
<b>Anspannzeit:</b>	_____ <b>sec</b>	_____ <b>sec</b>	_____ <b>sec</b>
<b>Entspannzeit:</b>	_____ <b>sec</b>	_____ <b>sec</b>	_____ <b>sec</b>
<b>Anspannschwelle:</b>	_____ <b>%</b>	_____ <b>%</b>	_____ <b>%</b>
<b>Entspannschwelle:</b>	_____ <b>%</b>	_____ <b>%</b>	_____ <b>%</b>
<b>Anzahl der Wiederholungen:</b>	_____	_____	_____
<b>Anzahl der Sätze:</b>	_____	_____	_____
<b>Pausenzeit:</b>	_____ <b>sec</b>	_____ <b>sec</b>	_____ <b>sec</b>
<b>Behandlungszeit (gesamt):</b>	_____ <b>Min</b>	_____ <b>Min</b>	_____ <b>Min</b>
<b>Frequenz:</b>	_____ <b>Hz</b>	_____ <b>Hz</b>	_____ <b>Hz</b>
<b>Dauerstrom:</b>			
<b>Intervallstrom:</b>			
<b>Programmname:</b>	_____	_____	_____

**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