

Bestellung & Verordnung für Mietgeräte Artromot (CPM)

Patienteninformation

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____

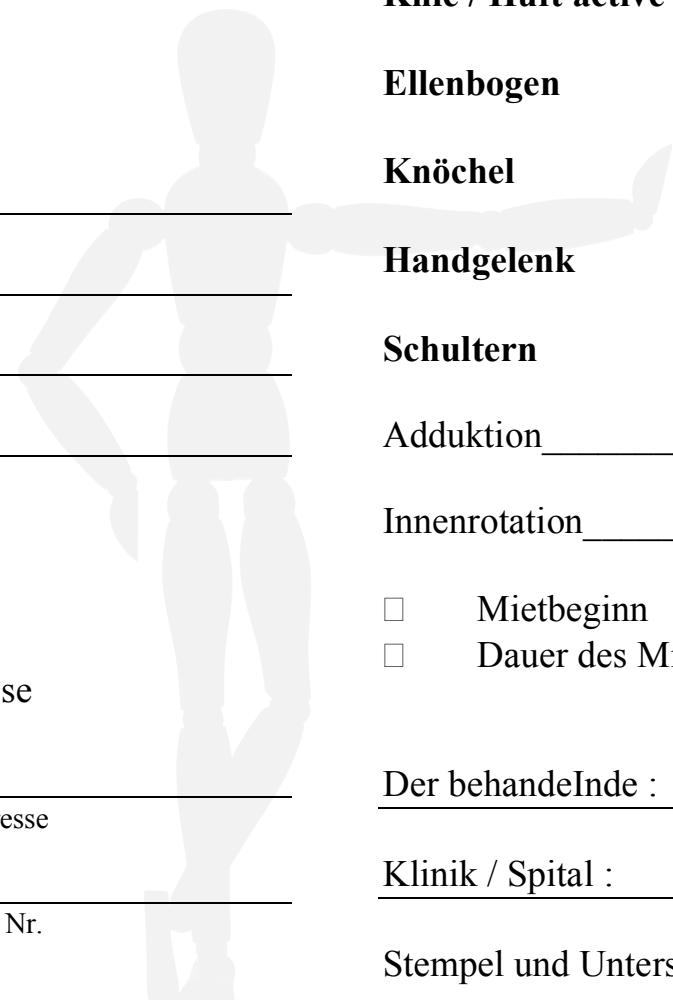
Geburstdatum _____

Versicherungsinformationen

 Umfall Krankenkasse

Versicherung / adresse _____ Versicherung / adresse _____

Umfall Nr. _____ Krankenkasse Nr. _____



CPM – BEWEGUNGSSCHIENEN - BEWEGUNGSLIMITEN

Compex

Knie / Hüft passive	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Flexion <input type="checkbox"/>
Knie / Hüft active	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Extension <input type="checkbox"/>
Ellenbogen	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	max Belastung <input type="checkbox"/>
Knöchel	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Flexion <input type="checkbox"/>
Handgelenk	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Extension <input type="checkbox"/>
Schultern	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>	Flexion <input type="checkbox"/>
Adduktion _____	Abduktion _____	Extension <input type="checkbox"/>
Innenrotation _____	Aussenrotation _____	Flexion <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mietbeginn		Extension <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dauer des Mietvertrages		Flexion <input type="checkbox"/>

Der behandeInde : _____

Klinik / Spital : _____

Stempel und Unterschrift :