



Orthopädische
Bewegungsschienen

... wir bewegen Sie!

Fax: 071-770 08 16
info@arthromed.ch
arthromed@hin.ch

Verordnung

Mietservice motorisierte-Bewegungsschiene zur Heimtherapie (CPM)

Patient/in:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____

Adresse: _____ PLZ/Ort _____

Tel. P: _____ Mobile: _____

KK: _____ UVG: _____ Zusatz-Versicherung: _____ Unfall- Nr.: _____

<input type="checkbox"/> Schulter	Seite	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Abduktion _____ °	Adduktion _____ °		
<input type="checkbox"/> Innenrot. _____ °	Aussenrot. _____ °		
<input type="checkbox"/> Anteversion _____ °	Retroversion _____ °		

<input type="checkbox"/> Knie Ext. _____ °	Flex. _____ °	} Seite	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Hüfte Flex. _____ °				
<input type="checkbox"/> Handgelenk				

<input type="checkbox"/> Ellbogen	Seite	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Flexion _____ °	Extension _____ °		
<input type="checkbox"/> Pronation _____ °	Supination _____ °		

<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	Seite	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Plantarfl. _____ °	Dorsalf. _____ °		
<input type="checkbox"/> Inversion _____ °	Eversion _____ °		

Austritt am: _____ Datum Auslieferung: _____ Behandlungsdauer: _____

Lieferung an: Privat Spital / Klinik / Reha

Behandlungsschema / Ziel : _____

Diagnose: _____

Datum: _____

Stempel / Unterschrift: Arzt / Ärztin, Spital