



Verordnung / Kostengutsprache für Lokomat®-Therapie / Ekso® NR-Therapie/ MotionMaker®-Therapie

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Email:

Telefon:

Hauptdiagnose:

Relevante Nebendiagnose:

Läsionsdatum:

Ziel der Behandlung:

- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption / Koordination / Tiefensensibilität
- Tonusregulation
- Andere:

Begründung der Behandlung: (z.B. *bisherige Behandlungen und deren Fortschritt mit eventueller Referenz aus der Literatur*)

Anzahl der Behandlungen*:

- Zusätzlich zu Einzelphysiotherapie
- Erste Verordnung Zweite Verordnung Dritte Verordnung Vierte Verordnung
- Langzeitbehandlung (maximal 3 Monate)
- x / Woche

*Bei der gerätegestützten Therapie wird pro Therapie-Einheit 2 x 7311 abgerechnet.

Angaben der zuweisenden Ärztin / des zuweisenden Arztes

Name:

PLZ, Ort:

Unterschrift:

Vielen Dank für die Bearbeitung dieser Anfrage zur Kostenübernahme

Freundliche Grüsse

Datum:

Zuständige Person: