

# ARTROMOT®

Therapieplan Arzt

## SCHNELL. KOMPETENT. DEUTSCHLANDWEIT.

ARTROMOT®-HOMECARE SERVICE  
CPM-Bewegungsschienen



 DJO®

# ARTROMOT®-HOMECARE SERVICE

## Sie verordnen – wir versorgen!

1. Füllen Sie das Originalrezept aus:

**Rp.** (Bitte Leerraume durchstreichen)

1 ARTROMOT ..... Bewegungsschiene  
 HMV-Nr.: ..... für ..... Wochen  
 Indikation: .....  
 OP-Datum: ....., Entl.-Datum: .....  
 Tel. Patient: .....

**bbb**  
 7 St. Rückumschläge

Unterschrift des Arztes  
 Muster 16 17 2328

Hinweise:

- HMV Nr.:
- Knie oder Hüfte: 32.04.01.0
  - Schulter: 32.09.01.0
  - Ellenbogen: 32.08.01.0
  - Sprunggelenk: 32.02.01.0
  - Handgelenk: 32.07.00.0
  - Finger: 32.07.00.0

Dauer: i. d. R. zwischen 2 und 4 Wochen  
 Diagnose: siehe Verordnerleitfaden

2. Füllen Sie den Therapieplan aus:

**Wichtig für die korrekte Auslieferung des Gerätes an Ihren Patienten und die Genehmigung durch den Kostenträger!**

3. Legen Sie den Plan in den Rezeptdrucker.

Die Daten der Versichertenkarte können jetzt ins Formular gedruckt werden.

4. Faxen Sie den Therapieplan und das Rezept an: 0800 3 676 333 –gebührenfrei–

5. Schicken Sie die Originalrezepte im kostenlosen Rückumschlag direkt an DJO/ORMED GmbH.



6. Übergeben Sie die Flyer "Wichtige Patienteninformation" für gesetzlich und – falls zutreffend – privat versicherte Patienten.

Für gesetzlich versicherte Patienten gilt die Zuzahlungsregel für alle Hilfsmittel und das Patientenwahlrecht.

Die ARTROMOT® Bewegungsschiene wird durch einen DJO-Patientenbetreuer zu Ihrem Patienten nach Hause geliefert und dort sachgemäß eingestellt.



Bitte schicken Sie uns einen neuen Block ARTROMOT®-Homecare Service – Therapieplan Arzt und \_\_\_\_\_ Rückumschläge für Rezepte.

Bitte senden Sie uns den Therapieplan als PDF-Vorlage an folgende E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Zurück an:

ORMED GmbH  
 A DJO Company  
 Homecare Service  
 Bötzingen Straße 90  
 79111 Freiburg

Fax 0800 3 676 333

homecareservice@djoglobal.com

Absender (Praxisstempel)

gebührenfrei

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Name, Anschrift des Versicherten  
 Max Müllermann  
 Mühlentstraße 125  
 18546 Müstereisatz

geb. Am: 01.01.1999

Kassen-Nr.: 01284  
 Versicherten-Nr.: 0978  
 Art-Gr.: 1  
 180780

Datum: 04.05.2019

**Telefonnummer des Patienten**  
 0173-183466

**DJO**

ORMED GmbH  
 Bötzingen Str. 90  
 79111 Freiburg  
 Homecare Service  
 Tel. 0800 3 676 333  
 Fax 0800 3 676 333  
 -gebührenfrei-

Rp. (Bitte Leerraume durchstreichen)  
 1 A ARTROMOT® Kniebewegungsschiene  
 HMV-Nr.: 32.04.01.0 für 3 Wochen  
 Indikation: V23: Beckenkreislau  
 OP-Datum: 04.05.2019  
 Entl.-Datum: 07.05.2019

**Ergänzende Daten:** (falls nicht auf Rezept vermerkt)  
 OP-Datum: 04.05.2019 Entl.-Datum: 07.05.2019 VO Dauer CPM-Motorschiene: 3 Wochen

ambulanter Eingriff  stationärer Eingriff  konservativer Einsatz  
 es wurde eine Narkoseanästhesie durchgeführt (Arthroskopie, Brästmetze force)  diagnostische Maßnahme  
 Beginn der CPM-Therapie im Krankenhaus am 1. postop. Tag oder abweichend:  ja  nein  nicht

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

Ohne die von mir verordnete CPM-Anwendung ist eine dauerhafte Einschränkung des Bewegungsumfanges im alltagsrelevanten Funktionsraum zu befürchten, da intraartikuläre Schädigungen (z. B. Blutung, Postinjektionszustand, ... ) vorliegen.

He zur Zeit eine rein aktive Behandlung des operierten Gelenks im erforderlichen Umfang aus medizinischer Sicht möglich:  
 ja  nein  nicht

Knie  Schulter-S  Schulter-S2/S3  Ellenbogen  Sprunggelenk  Handgelenk  Finger  
 HMV-Nr.: 32.04.01.0 HMV-Nr.: 32.09.01.0 HMV-Nr.: 32.08.01.0 HMV-Nr.: 32.02.01.0 HMV-Nr.: 32.07.00.0 HMV-Nr.: 32.07.00.0

Steigerung des Bewegungsumfanges entsprechend der Schmerzgrenze oder Angaben zum Bewegungsumfang in Grad:

Bewegung	Steigerung des Bewegungsumfanges				Bemerkungen
	Einzelbogen	2. Woche max.	3. Woche max.	4. Woche max.	
Extension/Flexion	beginn max. 0/10/00	0/0/90			
Ab-/Adduktion					
Anter-/Postrotation					
Innen-/Außenrotation					
Einigung					
Pro-/Supination					
Dorsal-/Flexion/Plantar-/Extension					
In-/Flexion					

Passive Beibehaltung unmittelbar postoperativ 4 bis 6 x täglich je 30 min oder abweichend:  
 Zusätzl. Hinweise zur Indikation:  
 (Haupt-/Nebenindikation, bestehende Defizite o. ä., begleitende Hilfsmittelverordnung/Physiotherapie):

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Telefonnummer des Patienten
Name, Anschrift des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel  
Unterschrift des Arztes

Hilfsmittel  
HMV-Nr. & Dauer  
Indikation  
OP-Datum & Entl.-Datum  
Tel. Patient



ORMED GmbH  
Bötzing Str. 90  
79111 Freiburg

Homecare Service  
Tel. 0800 1 676 333  
Fax 0800 3 676 333  
– gebührenfrei –  
homecareservice@djoglobal.com  
djoglobal.de

### Ergänzende Daten: (falls nicht auf Rezept vermerkt)

OP-Datum: \_\_\_\_\_ Entl.-Datum: \_\_\_\_\_ VO Dauer CPM-Motorschiene: \_\_\_\_\_ Wochen

- ambulanter Eingriff   
  stationärer Eingriff   
  konservativer Einsatz  
 es wurde eine Narkosemobilisation durchgeführt (Arthrolyse, Brisement force)   
  diagnostische Maßnahme  
 stationäre Rehamaßnahme geplant/durchgeführt. Zeitraum (wenn bekannt): \_\_\_\_\_

Beginn der CPM-Therapie im Krankenhaus am 1. postop. Tag oder abweichend: \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

Ohne die von mir verordnete CPM-Anwendung ist eine dauerhafte Einschränkung des Bewegungsumfangs im alltagsrelevanten Funktionsraum zu befürchten, da intraartikuläre Schädigungen (z. B. Blutung, postinfektiöser Zustand, ...) vorliegen.

nein     ja    **WICHTIG**

Ist zur Zeit eine rein aktive Beübung des operierten Gelenks im erforderlichen Umfang aus medizinischer Sicht möglich?

ja     nein    **WICHTIG**

- |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Knie<br>HMV-Nr.:<br>32.04.010 | <input type="checkbox"/> Schulter-S<br>HMV-Nr.:<br>32.09.010 | <input type="checkbox"/> Schulter-S2/S3<br>HMV-Nr.:<br>32.09.010 | <input type="checkbox"/> Ellenbogen<br>HMV-Nr.:<br>32.08.010 | <input type="checkbox"/> Sprunggelenk<br>HMV-Nr.:<br>32.02.010 | <input type="checkbox"/> Handgelenk<br>HMV-Nr.:<br>32.07.000 | <input type="checkbox"/> Finger<br>HMV-Nr.:<br>32.07.000 |
|--|--|--|--|--|--|--|

Steigerung des Bewegungsumfangs entsprechend der Schmerzgrenze oder Angaben zum Bewegungsumfang in Grad:

Individuelle Maximalwerte/Woche	Einstellungen	Behandlungsbeginn max.	2. Woche max.	3. Woche max.	4. Woche max.	Bemerkungen
	Extension/Flexion					
	Ab-/Adduktion					
	Ante-/Retroversion					
	Innen-/Außenrotation					
	Elevation					
	Pro-/Supination					
	Dorsalflexion/Plantarextension					
	In-/Eversion					

Passive Beübung unmittelbar postoperativ 4 bis 6 × täglich je 30 min oder abweichend: \_\_\_\_\_

Zusätze/Hinweise zur Indikation:

(Haupt-/Nebendiagnose, bestehende Defizite o.ä., begleitende Hilfsmittelverordnung/Physiotherapie):

---



---