

Medizinische Indikation zur Vorlage bei der Krankenkasse

Patienten und Krankenkassendaten (bitte vollständig ausfüllen):

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

Hiermit verordne ich die Therapie mit dem **Inkontinenztherapie - System:**

- Conpreva** Funktionelle niederfrequente Elektrostimulation (FES) und Biofeedback (kombiniert), EMG-getriggert mit Druckmessfunktion
- IncoMOVE** Sprachgeführtes EMG-Biofeedback-System mit Therapiespeicher
- IncoTWIN** Funktionelle niederfrequente Elektrostimulation (FES) und Biofeedback (kombiniert), EMG-getriggert
- Peristim** Funktionelle Elektrostimulation mit Therapiespeicher
- ProctoTwin** Funktionelle, mittelfrequente Elektrostimulation und Biofeedback (kombiniert)

Die Stuhlinkontinenz besteht seit: ____ / ____ Monat / Jahr

Ursache der Stuhlinkontinenz: sensor. neurog. muskulär

Ursachen / Anamnese:

Nachstehende Therapien wurden bereits durchgeführt:

Diagnostische Maßnahmen: Manometrie Anamnese digitale Untersuchung
 Proktoskopie Rektoskopie

Dauer und Erfolg der bisherigen Therapie: ____ Monate erfolgreich nicht ausreichend erfolglos

Verordnungsdauer: Erstverordnung für 3 Monate Weiterverordnung für ____ Monate

Zubehör: Rektalelektrode/ -sonde Klebeelektroden/ -sonden

Das Therapiesystem, mit der Seriennummer: _____ wurde dem Patienten ausgehändigt.

Der Patient hat sich für die Heimanwendung des oben gekennzeichneten Therapiesystems entschieden (§ 2 Abs. 3 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 - entsprechend der Erprobung unter meiner ärztlichen Anleitung - in Form der Heimtherapie durchzuführen. Der Patient wurde über die Zuzahlung gemäß GMG informiert: Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel, welches nicht zum Verbrauch bestimmt ist, als Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 € höchstens 10 €, allerdings nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels, an die abgebende Stelle.

Ich bestätige den Erhalt und die Einweisung in das oben gekennzeichnete Therapiesystem, welches mir in einwandfreiem Zustand übergeben wurde. Ich habe mich für den Einsatz dieses Systems entschieden und werde es entsprechend der ärztlichen Anweisung einsetzen.

Stempel / Datum / Unterschrift Arzt

Datum / Unterschrift Patient
