

# Medizinische Indikation zur Vorlage bei der Krankenkasse

Patienten und Krankenkassendaten (bitte vollständig ausfüllen):

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

Hiermit verordne ich die Therapie mit dem Inkontinenztherapie-System

- IncoTWIN      Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback, EMG-getriggert
- IncoMOVE      sprachgeführtes EMG-Biofeedback-System mit Therapiespeicher
- Myo Trainer      EMG-Biofeedback-System
- Peristim      Funktionelle Elektrostimulation mit Therapiespeicher
- Peristim pro      Funktionelle Elektrostimulation ( programmierbar ) mit Therapiespeicher
- DRI Sleeper eclipse      Bettnässeralarmsystem drahtlos
- Pelvita+      Kombinationssystem aus funktioneller Elektrostimulation (FES) und Biofeedback

Die Inkontinenz / Blasenfunktionsstörung besteht seit:

- Form/Schweregrad:  Harnbelastungsinkontinenz (° I° II°)
- Drang (sensor. motorisch)       Stuhl (sensor. neurog. muskulär)
- gem. Belastungs-/Dranginkontinenz       neurogene Blasenentleerungsstörung

Ursachen / Anamnese:

Nachstehende Therapien wurden bereits durchgeführt (wie lange/Erfolg?)

**Diagnostische Maßnahmen:**  Miktionstagebuch       vag./ rek. Digitaluntersuchungen       Uroflow  
 Urodynamik       Sonstige

**Verordnungsdauer:**  Verordnung für 3 Monate       Verlängerung für  Monate

**Zubehör:**  Vaginalelektrode/ -sonde       Rektalelektrode/ -sonde       Klebeelektroden 4x4cm  
 Klebeelektroden F 301       Klebeelektroden F 521       Klebeelektroden 5x5cm

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. Das Hilfsmittel ist Eigentum des og. Leistungserbringers. Ich erhalte es leihweise von diesem Leistungserbringer. Ich verpflichte mich, das Hilfsmittel zum bestimmungsgemäßen Gebrauch zu nutzen, sachgerecht zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so muss ich dafür Schadenersatz leisten. Ich darf das Hilfsmittel keinem Dritten zur Nutzung überlassen, nicht verleihen, verkaufen, übereignen, verpfänden oder entsorgen

Stempel / Datum / Unterschrift Arzt

Datum / Unterschrift Patient