

# Ärztliche Verordnung für eine motorisierte Bewegungsschiene zur Miete

Name, Adresse und Tel.-Nr. des Patienten:

Hiermit verordne ich eine motorisierte Bewegungsschiene zur Domiziltherapie für:

**Knie**                       rechts  links                       **Sprunggelenk**                       rechts  links

- Motor A + B (mit Inversion/Eversion)
- nur Motor A (Dorsal/Plantarflexion)

**Schulter**                       rechts  links                       **Ellenbogen**                       rechts  links

- beide Motoren (mit Anteversion)
- nur Motor A ( Ad-/Abduktion)
- beide Motoren (mit Pronation/Supination)
- nur Motor A (Flexion/Extension)

Bewegungsumfang:     im schmerzfreien Bereich                       maximal gemäss folgender Angaben

.....  
.....

Behandlungsdauer: .....  
(Mindestmiete 30 Tage bei Vollservice, keine Mindestmiete bei Selbstabholung, Einstellung und Selbstrückgabe in Herisau)

Anmerkungen: .....  
.....

Datum: .....                      Stempel und Unterschrift: .....

**Bitte faxen an: 071 761 01 03**

WINTER Medizintechnik AG, 9100 Herisau