



Orthopädische Bewegungsschienen

... wir bewegen Sie!

Fax: 071-770 08 16
info@arthromed.ch
arthromed@hin.ch

Verordnung

Mietservice motorisierte-Bewegungsschiene zur Heimtherapie (CPM)

Patient/in:

Name: Vorname: Geb. Datum
Adresse: PLZ/Ort
Tel. P: Mobile:
KK: UVG: Unfall- Nr.:

Schulter Seite L R
Abduktion Adduktion
Innenrot. Aussenrot.
Anteversion Retroversion

Knie Ext. Flex.
Hufte Flex.
Handgelenk Seite L R

Ellbogen Seite L R
Flexion Extension
Pronation Supination

Sprunggelenk Seite L R
Plantarfl. Dorsalfl.
Inversion Eversion

Austritt am: Datum Auslieferung: Behandlungsdauer:

Lieferung an: Privat Spital / Klinik / Reha

Behandlungsschema / Ziel :

BEGRÜNDUNG : ab 31. Miet - Tag:

Datum:

Stempel / Unterschrift: Arzt / Ärztin, Spital