

Bitte Rezept und OP-Bericht/Attest mitfaxen

Fax: 089 / 45 35 25 309 oder 089 / 23 71 46 45

Email: info@sanotec.eu

Medizintechnik GmbH

Passauerstraße 49 / RgB

81369 München

Tel.: 089/ 45 35 25 300

Fax: 089/ 45 35 25 309

CPM – Motorbewegungsschienen leihweise für Wochen

Knie ☐ **Schulter** ☐ **OSG** ☐ **Ellenbogen** ☐ **Großzehe** ☐ **Hand** ☐

Patientendaten:

Name: Vorname: Geb.Datum:

Straße: PLZ: Ort:

Tel. / Fax: Krankenkasse:

OP-Tag: KH-Entlassung:

Diagnose:

Behandlungsbeginn sofort, oder ab weil

Therapieplan

	Istwerte	Sollwerte
Extension / Flexion	___/___/___	___/___/___
Add-/ Abduktion	___/___/___	___/___/___
IR / AR	___/___/___	___/___/___
Ante-/ Retroversion	___/___/___	___/___/___
Plantar / Dorsal	___/___/___	___/___/___

☐ Bewegungssteigerung bis zur Schmerzgrenze !!!

Anwendung: _____ mal täglich jeweils _____ Minuten.

Prognostische Einschätzung:

Ohne die von mir verordnete CPM-Anwendung ist eine dauerhafte Einschränkung des Bewegungsumfangs zu befürchten, da intraartikuläre Begleitschädigungen (z.B. Blutungen, Vernarbungen, Knorpelläsion) vorliegen. Mit der CPM-Therapie werden Verklebungen, Knorpelnährstoffunterversorgung und Einsteifung des Gelenks vermieden. Krankengymnastik alleine reicht nicht aus.

Die Patienteneinweisung in die Gerätehandhabung erfolgt bei der Versorgung durch den Leistungserbringer.

.....
Ort, Datum

.....
Praxis / Verordner (Stempel, Unterschrift)