

**Bestellung & Verordnung für Mietgeräte
 Artromot (CPM)**

Patienteninformation

Name Vorname

Adresse

Telefon Email

Geburtsdatum

Versicherungsinformationen

Unfall Krankenkasse

Versicherung / adresse Versicherung / adresse

Umfall Nr. Krankenkasse Nr.

**CPM – BEWEGUNGSSCHIENEN -
 BEWEGUNGSLIMITEN**

Compex

Knie / Hüft passive dx sx Flexion
 Extension

Knie / Hüft active dx sx max Belastung

Ellenbogen dx sx Flexion
 Extension

Knöchel dx sx Flexion
 Extension

Handgelenk dx sx Flexion
 Extension

Schultern dx sx

Adduktion _____ Abduktion _____

Innenrotation _____ Aussenrotation _____

- Mietbeginn
- Dauer des Mietvertrages

Der behandelnde : _____

Klinik / Spital : _____

Stempel und Unterschrift :

