

Bestellung & Verordnung für Mietgeräte

PATIENTENINFORMATION

Name	Telefon
Vorname	Geburtsdatum
Adresse	

KOSTENTRÄGER

Versicherer	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung
Ref.-Unfall Nr.	Ref-Krankenkase Nr.	
Der behandelnde	Klinik / Spital	
Mietbeginn	Stempel und Unterschrift	
Dauer des Mietvertrages		

CPM-BEWEGUNGSSCHIENEN - BEWEGUNGSLIMITEN

Knie Hüft	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	Extension	<input type="text"/>	Flexion
Schultern	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	Adduktion	<input type="text"/>	Abduktion
					<input type="text"/>	Innenrotation	<input type="text"/>	Aussenrotation
Ellenbogen	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	Extension	<input type="text"/>	Flexion
Sprunggelenk	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	Extension	<input type="text"/>	Flexion
Handgelenk	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	Extension	<input type="text"/>	Flexion
Finger	DX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SX	<input type="text"/>	Extension	<input type="text"/>	Flexion

Bitte Verordnung an folgende Faxnummer senden : 091 606 24 44 EMAIL : info@fisiorent.ch