

OPED Mietformular/Verordnung

Versicherungsangaben

- UVG (Unfallversicherung) KK (Krankenkasse) Bitte ankreuzen:
 Krankheit Unfall

Versicherung/Ort

Versicherung/Ort

Unfall-Nr.

Versicherten-Nr.

Organisatorische Angaben

Operationsdatum

Spital

Entlassungsdatum

Körpergrösse Patient

Produkt bitte hier ankreuzen:



Bezeichnung	Artikel-Nr.	Bewegungslimit	
<input type="checkbox"/> CAMOped Kniebewegungsschiene (aktiv)	CAMO-11-3	Grad Extension:	Grad Flexion:



Bezeichnung	Artikel-Nr.	Bewegungslimit	
<input type="checkbox"/> CPM Kniebewegungsschiene (passiv)	CPMK-01-1	<input type="checkbox"/> links Grad Extension:	<input type="checkbox"/> rechts Grad Flexion:

Bezeichnung	Artikel-Nr.	Bewegungslimit	
<input type="checkbox"/> CPM Schulterbewegungsschiene (passiv)	CPMS-01-1	<input type="checkbox"/> links Grad Abduktion: Grad Flexion: Grad Innen-Rotation:	<input type="checkbox"/> rechts Grad Adduktion: Grad Extension: Grad Aussen-Rotation:

Formular gilt als Bestellung und Verordnung. Bitte senden an: mietservice@oped.ch

(Durch die OPED AG auszufüllen)

Lieferdatum

Instruktion

Information Kosten Instruktionspauschale.

Ärztliche Verordnung

Patienteninformationen (oder Patientenaufkleber)

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Geb. Datum

Telefon

Mobile

Lieferadresse (falls abweichend):

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

- Therapie ab:
 geplante Therapiedauer: Wochen
 Verlängerung für:

Verordnerangaben

Debitor/Name

Telefon

E-Mail

Stempel/Unterschrift