



Mietformular/Verordnung

Patientenaufkleber mit untenstehenden Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Geb. Datum Tel./Mobil

Lieferadresse falls abweichend:

Name/Vorname Adresse

PLZ/Ort Tel./Mobil

Organisatorische Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Operationsdatum Spital/Klinik

Therapie ab geplante Therapiedauer (Wochen) Verlängerung für

Produkt bitte hier ankreuzen: (bitte vollständig ausfüllen)

| Bezeichnung | Therapiezeit/Tag | Bewegungslimit |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CAMOped Kniebewegungsschiene (aktiv) | <input type="checkbox"/> 3x 15 Min <input type="checkbox"/> 3x 20 Min <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Extension: <input type="checkbox"/> Flexion: <input type="checkbox"/> Schmerzgrenze |
| <input type="checkbox"/> CPM Kniebewegungs- schiene (passiv) | <input type="checkbox"/> 3x 30 Min <input type="checkbox"/> 3x 60 Min <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Extension: <input type="checkbox"/> Flexion: <input type="checkbox"/> Schmerzgrenze |
| <input type="checkbox"/> CPM Schulterbewegungs- schiene (passiv) | <input type="checkbox"/> 2x 30 Min <input type="checkbox"/> 2x 60 Min <input type="checkbox"/> 3x 60 Min <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Innen-Rotation: <input type="checkbox"/> Aussen-Rotation: <input type="checkbox"/> Abduktion: <input type="checkbox"/> Adduktion: <input type="checkbox"/> Schmerzgrenze |

Versicherungsangaben (bitte vollständig ausfüllen)

UVG (Unfallversicherung)
Der Patient ist über den Arbeitgeber unfallversichert

.....
Versicherung/Ort

.....
Unfall-Nr.

KK (Krankenkasse) Bitte ankreuzen:
 Krankheit Unfall

Patient hat eine Unfalldeckung bei der Krankenkasse

.....
Versicherung

.....
Versicherten-Nr.

Verordnerangaben

Debitor/Name

Telefon

E-Mail

.....
Stempel/Unterschrift

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

(Durch die OPED AG auszufüllen)

.....
Lieferdatum Instruktion

Information Kosten Instruktionspauschale.

