

Verschreibung der Prothesen und Hilfsmittel laut D.P.C.M. vom 12.01.2017

BETREUTE/R _____ geb. am _____

Ausführliche Diagnose:

ERSTVERSCHREIBUNG

BESCHREIBUNG HILFSMITTEL

Kodexe N. T.

Rollator

12.06.09.009



Rollator mit Unterarmstützen

Gehhilfe mit Achselstützen

12.06.09.003



Gehhilfe mit Unterarmstützen

12.06.09.009



Anderes

Anpassungen/Bemerkungen für den Orthopädietechniker:

ZWECK Prävention, Pflege, Rehabilitation, Ausgleich des Defizits

BEMERKUNGEN:

DER VERSCHREIBENDE ARZT
(Stempel und Unterschrift)

DATUM _____