

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

Betreuer/e ..... geboren am .....

Ausführliche Diagnose: .....  
 .....

**erste Lieferung**

Beschreibung des Hilfsmittels Kodexe T.V.

**Elektrisches Bett (vom Lager)** **18.12.10.003**

.....  
 .....  
 .....



**Antidekubitusmatratze (vom Lager)** **03.33.06.003**



Bemerkungen:

.....  
 .....

- zwecks:
- Vorbeugung
  - Pflege
  - Rehabilitation
  - Defizitausgleich

Therapieprogramm: (wenn nicht angegeben, muss der verschreibende Arzt die Unterlagen, aus denen das Therapieprogramm hervorgeht, persönlich aufbewahren).....  
 .....

.....

.....

(Datum)

(verschreibender Arzt-Unterschrift u. Stempel)