

**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.

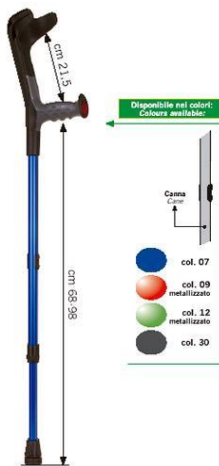
**Unterarmkrücke (vom Lager)**

**12.03.06.003**

.....

.....

.....



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)