

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum			

Medizinische Indikation

zur Vorlage bei der Krankenkasse / MDK

Telefon Patient/in: _____

Hiermit empfehle / verordne ich die Therapie mit dem Inkontinenz-Therapiesystem:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pro Basis Kombi (Kombitherapie) | <input type="checkbox"/> Vaginalelektrode VT-3 | <input type="checkbox"/> Pro Cept EMG Klebesensoren _____ Stck. |
| <input type="checkbox"/> Pro Basis Seco (Elektrostimulation) | <input type="checkbox"/> Vaginal-/Rektalelektrode KS-4 | <input type="checkbox"/> Körperoberflächenelektroden 50x50 |
| <input type="checkbox"/> Pro Cept home (EMG Biofeedback) | <input type="checkbox"/> Rektalelektrode RMS-3 | <input type="checkbox"/> Körperoberflächenelektroden 50x90 |
| | <input type="checkbox"/> Rektalelektrode RMS-4 | |

Verordnungsdauer:

- Erstversorgung 3 Monate Verlängerungsverordnung für _____ Monate

Diagnose / Anamnese / Ursache der Erkrankung: _____

_____ (weitere Angaben auf der Rückseite)

- Das Therapiesystem mit der Seriennummer _____ wurde der Patientin / dem Patienten durch den MPB ausgehändigt.
- Das Therapiesystem wird durch INNOCEPT direkt an die Patientin / den Patienten geliefert.

Die Patientin / der Patient hat sich für die Heimanwendung des oben gekennzeichneten Therapiesystems entschieden (§ 2 Abs. 3 SGB V). Ich beurteile den Einsatz des von mir verordneten Systems, in dessen Handhabung die Patientin / der Patient eingewiesen wurde, als geeignete Therapie zur Besserung der Symptomatik bzw. Wiederherstellung der Kontinenz. Die Patientin / der Patient ist psychisch und physisch in der Lage diese Therapie - entsprechend meiner Anweisung - in Form der Heimtherapie durchzuführen. Der Vertrieb erfolgt durch INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH (Anschrift siehe oben).

- Hiermit bestätige ich den Erhalt des oben gekennzeichneten Therapiesystems und die Einweisung in dessen Handhabung (inkl. Gebrauchs-, Sicherheits- und Lieferhinweise) durch einen durch INNOCEPT autorisierten Medizinprodukteberater (MPB).

Das System wurde durch die Praxis / Klinik individuell für mich, aufgrund der bei mir vorliegenden, speziellen Symptomatik bei INNOCEPT bestellt und mir in einwandfreiem Zustand übergeben. Ich erkenne mit meiner Unterschrift, die auf der Rückseite benannten Gewährleistungshinweise / Eigentumsverhaltserklärung an. Ich habe mich für den Einsatz dieses Systems entschieden und werde es entsprechend der ärztlichen Anweisung einsetzen.

Ich wurde über die seit dem 01.01.2004 gültige Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel (10% des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 €) für gesetzlich Versicherte informiert.

- Zuzahlungsbefreit

Ich willige ein, dass meine Daten an die Firma INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH zwecks gesetzlicher Rückverfolgbarkeit, Beratung und Ersatzteilservice weitergeleitet werden. Es wird ausgeschlossen, dass die Daten unbefugt Dritten zugänglich gemacht werden. Eine Ausnahme bildet die Weiterleitung an die Krankenkasse und unser Abrechnungszentrum.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift/Stempel

Datum/Unterschrift Patientin/Patient

Bei Verordnung für Privatpatienten bitte auch die Rückseite beachten!

Bitte diese Seite und die Rückseite vollständig ausfüllen!

Bitte unbedingt ausfüllen!

Angaben für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Klassifikation der Inkontinenz

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz Grad 1 | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz Grad 1 | <input type="checkbox"/> postoperativ | <input type="checkbox"/> muskulär |
| <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz Grad 2 | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz Grad 2 | <input type="checkbox"/> postpartum | <input type="checkbox"/> sensorisch |
| <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz Grad 3 | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz Grad 3 | <input type="checkbox"/> idiopathisch | <input type="checkbox"/> neurogen |
| <input type="checkbox"/> Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination | <input type="checkbox"/> Harn-/Stuhlentleerungsstörung | <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz | <input type="checkbox"/> Anismus |

Diagnostik

- Urodynamik Miktionsanamnese Inkontinenz Score
- Bildgebende Verfahren: Endoskopie Sonographie MRT Video Andere _____
- Analmanometrie: Ruhetonus _____ mmHg | Aktivtonus _____ mmHg | Stresstonus _____ mmHg
- EMG Messung: vaginal _____ μ V | rektal _____ μ V
- Sonstige: _____

Erkrankungen und Operationen (Zeitpunkt der Erkrankung/OP: _____)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Z.n. Radiatio | <input type="checkbox"/> Z.n. TVT/TOT |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Hämorrhoiden OP | <input type="checkbox"/> Perzeptions-/Koordinationsstörung | <input type="checkbox"/> Z.n. Mehrfachgeburten |
| <input type="checkbox"/> Rektumprolaps | <input type="checkbox"/> Z.v. AP Rückverlagerung | <input type="checkbox"/> Z.n. Episiotomie/Geburtstraumen |
| <input type="checkbox"/> Rektozele | <input type="checkbox"/> Z.n. AP Rückverlagerung | <input type="checkbox"/> Z.n. TURP |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Rektumresektion | <input type="checkbox"/> Z.n. Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Z.n. radikaler Prostatektomie |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Fistel OP | <input type="checkbox"/> Z.n. Senkungs OP | <input type="checkbox"/> Z.n. Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Analfissur | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Bislang durchgeführte Therapien (Maßnahmen)

- nicht ausreichendes Beckenbodentraining als eigenständige Maßnahme über _____ Monate
- Beckenbodentraining als krankengymnastische Behandlung: _____
- Medikamentöse Therapie: _____
- Vorlagenversorgung: Verbrauchsmenge _____ / _____ pro Tag/Nacht
- Gewicht der Patientin / des Patienten: _____ kg
- Sonstige: _____

Gewährleistungshinweise / Eigentumsvorbehaltserklärung für gesetzlich Versicherte

Die Patientin / der Patient ist Besitzer des Hilfsmittels. Eigentümer des Hilfsmittels ist, je nach Vertragsvereinbarung, INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH oder die Krankenkasse.

Die Patientin / der Patient hat eine Nutzung des Gerätes durch Dritte zu verhindern, ausreichend gegen Diebstahl zu sichern und haftet für alle daraus entstehenden Schäden. Verletzt der Versicherte seine Verpflichtung auf ausreichende Sicherung des Hilfsmittels, so haftet er dem Eigentümer auf Ersatz des Zeitwertes des Hilfsmittels. Bei Beschädigungen durch Dritte ist dem Eigentümer unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln.

Der Versicherte hat das Hilfsmittel bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich zu behandeln. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grob fahrlässiges Verhalten / Vorsatz entstehen, hat der Versicherte auf eigene Kosten durch INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH beseitigen zu lassen.

Der Versicherte hat die Kasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittel ergeben.

Wenn die medizinischen Gründe für die Verwendung des Hilfsmittels entfallen, ist INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH unverzüglich zu unterrichten. Das Hilfsmittel ist zur Abholung bereitzustellen. Wird diese Verpflichtung durch den Versicherten oder dessen Erben verletzt, so kann INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH den ihm hierdurch entstehenden Schaden geltend machen.

Gewährleistungshinweise / Eigentumsvorbehaltserklärung für Privatversicherte

Ich wurde über die Kosten in Höhe von _____ € inkl. gesetzl. MwSt. des mir verordneten Systems (umseitig gekennzeichnet) informiert.

Auf eigenen Wunsch erhalte ich das Therapiesystem mit sofortiger Wirkung, ohne dass zuvor eine Kostenübernahmebestätigung bei meiner privaten Krankenversicherung eingeholt wurde. Die Rechnungsstellung erfolgt durch INNOCEPT Biobedded Medizintechnik GmbH direkt an meine Person. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum durch meine Person zu begleichen. Sollten die Kosten dieser Heimtherapie nicht durch meine private Krankenversicherung / Beihilfe übernommen werden, so bestehen meinerseits keine Ansprüche zur Kürzung oder Stornierung der Rechnung.

Datum/Unterschrift Patientin/Patient