

Die LWS-Stabilisierungsorthese Dorsafit Comfort:

Diese Orthese stabilisiert die Lendenwirbelsäule mit vier integrierten Stäben, baut Muskelverspannungen ab, entlastet den Lumbalbereich und regt den Stoffwechsel an.

<input type="checkbox"/> Gebühr frei <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. <input type="checkbox"/> noctu <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div> <hr/> Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status <hr/> Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	BVG Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr- mittel stoff Bedarf Pflicht 6 X 8 9 <input type="checkbox"/>	Apotheken-Nummer / IK <hr/> Zuzahlung Gesamt-Brutto <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <hr/> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</th> <th style="width: 15%;">Faktor</th> <th style="width: 15%;">Taxe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲▲▲▲▲</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲▲▲▲▲</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Verordnung</td> <td style="text-align: center;">▲▲▲▲▲</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	1. Verordnung	▲▲▲▲▲		2. Verordnung	▲▲▲▲▲		3. Verordnung	▲▲▲▲▲	
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe																							
1. Verordnung	▲▲▲▲▲																								
2. Verordnung	▲▲▲▲▲																								
3. Verordnung	▲▲▲▲▲																								
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel																							
LWS-Stabilisierungsorthese: z.B. 1 Cellacare Dorsafit Comfort Größe: gemäss Vermessung Hilfsmittelnummer: 23.14.03.0 Indikation: Rückenbeschwerden nach der Schwangerschaft																									
<input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem <input type="checkbox"/> aut idem		Abgabedatum in der Apotheke <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																									
Unfalltag <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)																									