

## Bestellformular / Verordnung für Mietgeräte

### Patienteninformationen

Name	Telefon
Vorname	Mobil
Adresse	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Entlassungstermin

### Kostenträger

Versicherer	<input type="checkbox"/> Krankenkasse
Agentur	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung
Unfalldatum	Ref./ Unfall Nr.

### Ärztliche Verordnung

Operateur	Klinik
Operation	Körpergrösse

### Verordner

Name	Telefon
Vorname	Mobil
Adresse	Email
PLZ, Ort	

### Lieferung

Termin	Absender
--------	----------

### CPM Gerät

### Bewegungsumfang

<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	<input type="text"/> ° Extension	<input type="text"/> ° Flexion
<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	<input type="text"/> ° Adduktion	<input type="text"/> ° Abduktion
			° Innenrotation	° Aussenrotation
<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	<input type="text"/> ° Extension	<input type="text"/> ° Flexion
			° Pronation	° Supination
<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	<input type="text"/> ° Dorsal	<input type="text"/> ° Plantar
			° Inversion	° Eversion

### Weitere Informationen

### Stempel und Unterschrift

<input type="checkbox"/> Nach Schema
<input type="checkbox"/> Bis zur Schmerzgrenze
<input type="checkbox"/> Gemäss Informationen