

Rezeptierungsvorschlag NeuGait/NeuGait plus

Das **NeuGait**-System – myo-orthetische Technologie, für die Behandlung einer zentral bedingten Fußheberschwäche – ist u.a. indiziert bei:

- Schlaganfall
- Multipler Sklerose
- Zerebralparese
- Schädel-Hirn-Verletzungen
- inkompletter Querschnittlähmung



**PRO
WALK**

Pro Walk GmbH
Paul-Ehrlich-Str. 3 – 5
D-63225 Langen
Tel.: 06103-70642-00
Fax.: 06103-70642-39
info@prowalk.de

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------|----------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BVG | Hilfs- mittel | Impf- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.- Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
| Musterkasse | | 6 | X | 8 | 9 | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Zuzahlung | | Gesamt-Brutto | | | |
| Mustermann | | | | | | | |
| Max | | | | | | | |
| Mustergasse 23 | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | Faktor | | Taxe | |
| 63229 Musterstadt | | 1. Verordnung | | | | | |
| | | 2. Verordnung | | | | | |
| | | 3. Verordnung | | | | | |
| Kassen-Nr. | | Versicherten-Nr. | | Status | | | |
| 169476709 | | 1638577800 | | 29.03.66 | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | | Arzt-Nr. | | Datum | | | |
| | | | | | | | |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | Vertragsarztstempel | | | | | |
| Funktionelles Elektrostimulationssystem (FES NeuGait) zum unmittelbaren Behinderungsausgleich erforderlich bei Fußheberschwäche (PG 09.37.04.1) | | | | | | | |
| Diagnose: Fußheberparese re./li. aufgrund ... | | | | | | | |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen! | | Unterschrift des Arztes | | | | | |
| Unfalltag | | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | BVG | Hilfs- mittel | Impf- stoff | Spr.-St. Bedarf | Begr.- Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
| Musterkasse | | 6 | X | 8 | 9 | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Zuzahlung | | Gesamt-Brutto | | | |
| Mustermann | | | | | | | |
| Max | | | | | | | |
| Mustergasse 23 | | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | Faktor | | Taxe | |
| 63229 Musterstadt | | 1. Verordnung | | | | | |
| | | 2. Verordnung | | | | | |
| | | 3. Verordnung | | | | | |
| Kassen-Nr. | | Versicherten-Nr. | | Status | | | |
| 169476709 | | 1638577800 | | 29.03.66 | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | | Arzt-Nr. | | Datum | | | |
| | | | | | | | |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | Vertragsarztstempel | | | | | |
| Funktionelles Elektrostimulationssystem (FES NeuGait plus) zum unmittelbaren Behinderungsausgleich erforderlich bei Fußheber- und Oberschenkelchwäche (PG 09.37.04.1) | | | | | | | |
| Diagnose: Fußheber- und Oberschenkelchwäche re./li. aufgrund... | | | | | | | |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen! | | Unterschrift des Arztes | | | | | |
| Unfalltag | | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer | | Muster 16 (7.2008) | | | |

Nach Erhalt des Rezeptes setzen wir uns direkt mit der jeweiligen Krankenkasse zwecks Genehmigung in Verbindung. Die Verordnung ist budgetneutral. Nach Genehmigung weisen unsere Produktspezialisten den Patienten in die Handhabung des NeuGait ein.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der Nummer 06103-70642-00 zur Verfügung.

30
Jahre Erfahrung
auf dem Gebiet der
Neurorehabilitation