



Voraussetzungen für Routine HandReha Eigentaining

Von dem BG-Arzt auszufüllen

Der Patient muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- | | Trifft zu: |
|--|--------------------------|
| 1. Minimale Fingerbeweglichkeit | <input type="checkbox"/> |
| 2. Berührung des Bildschirms muss toleriert werden | <input type="checkbox"/> |
| 3. Übungsstabile Hand/Finger | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fähigkeit ein Tablet zu nutzen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Erfolgreiche Erprobung | <input type="checkbox"/> |

Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Patient mit dem Routine HandReha Eigentaining versorgt werden.

Datum

Unterschrift/Stempel
BG-Ärztin/-Arzt

An den
zuständigen Kostenträger

Patient:

AZ:

Verordnung Versorgungskonzept „Routine HandReha“

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannter Patient hat sich bei mir am.....vorgestellt.

Um nachhaltig eine Verbesserung der Handbeweglichkeit zu erzielen, ist eine Weiterführung der Therapie nach Beendigung der stationären Maßnahme notwendig. Diese Weiterführung sollte über die Therapiesoftware Routine HandReha der Firma Routine Health GmbH erfolgen.

Das Versorgungskonzept Routine HandReha ist zunächst auf eine Dauer von 6 Monaten ausgelegt. Während dieses Zeitraums betreut ein Therapeut den Patienten online über das Versorgungskonzept Routine HandReha. Die Therapiesoftware ROUTINE sowie benötigte Übungsmaterialien (Therapiespiegel und -zubehör) werden durch das Unternehmen Routine Health aus Düsseldorf gestellt. Sollte der Patient selbst nicht über geeignete Hardware verfügen (Tablet), wird diese ebenfalls über den Zeitraum von 6 Monaten von Routine Health gestellt.

Routine Health wird von uns informiert und erstellt einen Kostenvoranschlag. Wir möchten Sie bitten das Versorgungskonzept Routine HandReha zu genehmigen und die Genehmigung uns sowie Routine Health (Adresse siehe unten) zukommen zu lassen. Sobald die Kostenübernahmeerklärung vorliegt, können wir mit der Maßnahme beginnen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift/Stempel BG-Ärztin/-Arzt

nachrichtlich:

Routine Health GmbH
Graf-Adolf-Str. 69
40210 Düsseldorf
Tel: +49 (0)211 730 635 23
Fax: +49 (0)211 730 635 77
E-mail: info@routine.health

Einverständniserklärung Patient/in

Ich _____ bin damit einverstanden, dass die von mir für eine Zulassung der Kostenübernahme benötigten Kontaktdaten an die Firma

Routine Health GmbH

weitergegeben werden dürfen.

Die Routine Health GmbH benutzt diese Daten ausschließlich um die Versorgung der/des Patientin/en mit dem Routine Nachsorgekonzept zu ermöglichen. Kommt eine Versorgung nicht zustande, werden die Kontaktdaten umgehend gelöscht.

Ort, Datum und Unterschrift

Kontaktdaten:

Vor-/Nachname Patient	
Anschrift Patient	
Telefonnummer/E-Mail Patient	
Name zuständige BG/UK	
AKZ	
Name/Telefonnummer Sachbearbeiter	

An:
Routine Health GmbH
Graf-Adolf-Str. 69
40210 Düsseldorf
Fax: 0211 730635-99
E-Mail: info@routine.health