



Voraussetzungen für Routine Phantomschmerz Eigentaining

Vom BG-Arzt auszufüllen

Der Patient muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- | | Trifft zu: |
|---|--------------------------|
| 1. Einseitige Amputation der unteren Extremität | <input type="checkbox"/> |
| 2. Keine schwerwiegenden Funktionseinschränkungen der nicht-amputierten Seite | <input type="checkbox"/> |
| 3. Erfahrung mit Spiegeltherapie | <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 Phantomschmerz Eigentaining versorgt werden.

Datum

Unterschrift/Stempel
BG-Ärztin/-Arzt

An den
zuständigen Kostenträger

Patient:

AZ:

Verordnung Versorgungskonzept „Routine Phantomschmerz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Um eine nachhaltige Reduktion der Phantomschmerzen zu erzielen, ist eine Weiterführung der Therapie nach Beendigung der stationären Maßnahme notwendig. Diese Weiterführung sollte über die Therapiesoftware „Routine Phantomschmerz“ der Firma Routine Health erfolgen.

Das Versorgungskonzept „Routine Phantomschmerz“ ist zunächst auf eine Dauer von 12 Monaten ausgelegt. Während dieses Zeitraumes betreut ein Therapeut den Patienten online über das Versorgungskonzept „Routine Phantomschmerz“. Bei Bedarf erfolgt eine begleitende Ergotherapie durch einen Ergotherapeuten. Die Therapiesoftware ROUTINE sowie benötigte Übungsmaterialien (Therapiespiegel und –materialien) 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 12 Monaten von Routine Health gestellt.

Routine Health wird mit diesem Schreiben ebenfalls von uns informiert und erstellt einen Kostenvoranschlag. Wir möchten Sie bitten, das Versorgungskonzept „Routine Phantomschmerz“ zu genehmigen und Ihre 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

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 des Patienten 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	

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