

### **Anlage 3      Beratungsprotokolle**

#### **Anlage 3 a      Beratungsprotokoll gem. § 127 Abs. 5 S. 1 und 2 SGB V – gilt für Insulinpumpen und dient dem Zweck der Dokumentation bei der Einweisung und Abgabe gem. § 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV**

Herr/Frau: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: AOK Sachsen-Anhalt

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Hinweis: Bitte teilen Sie Änderungen Ihrer persönlichen Daten, insbesondere den Wechsel des Wohnortes oder den Wechsel der AOK Sachsen-Anhalt sowie Ihrem gewählten Vertragspartner unverzüglich mit.

erhält folgende Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Das Hilfsmittel wurde übergeben von: Name Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

**Erstberatung** /  **Folgeberatung**

Ich erkläre hiermit, dass ich das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten habe. Ich verpflichte mich

1. für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen.
2. Beschädigungen, die von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten vom Lieferanten beheben zu lassen.
3. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern und zu versichern (Bitte setzen Sie sich mit Ihrer Versicherung zur Absicherung Ihres Hilfsmittels zum Gebrauch in Verbindung).
4. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen, zu verpfänden oder zu veräußern

Hinweis: Sollten Reparaturen am Hilfsmittel notwendig sein, wendet sich der Versicherte an den gewählten Vertragspartner, damit dieser die Reparatur durch den Hersteller des Hilfsmittels veranlassen kann.

Weiterer Inhalt der Beratung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ggf. Abstimmung mit dem Arzt/Begründung für eine von der Verordnung abweichende Versorgung:

---

---

Ich bin durch den vor mir gewählten Vertragspartner über das gesetzte Hilfsmittel für meine individuelle Versorgungssituation und die zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V (z.B. Instandhaltung, notwendige Wartungen, Ersatzbeschaffung, Verbrauchsmaterial) beraten und informiert worden.

Ich bin durch den Vertragspartner weiterhin ausreichend beraten, geschult (soweit erforderlich) und in die Handhabung und den Gebrauch des o. g. Hilfsmittels eingewiesen worden und habe die gerätespezifischen Unterlagen (z. B. Gebrauchsanleitung, Pflegehinweise, Serviceheft, Garantieerklärung) erhalten.

**Besonderer Hinweis für Versicherte, die erstmalig eine Insulinpumpe nutzen:**

Sollten Sie die Insulinpumpe im Rahmen einer Erprobungsphase erhalten, beachten Sie bitte, dass eine endgültige Entscheidung zur Kostenübernahme erst nach Abschluss der Erprobungsphase getroffen wird.

Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen der gewählte Vertragspartner montags bis freitags von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr unter folgender Servicenummer gerne zur Verfügung: \_\_\_\_\_

Bei dringenden technischen Notfällen in Verbindung mit einer Insulinpumpe oder dem Zubehör erreichen Sie den gewählten Vertragspartner auch außerhalb der Servicezeiten unter folgender 24-Stunden-Notfall-Rufnummer: \_\_\_\_\_

**Von den vorstehenden Bedingungen habe ich Kenntnis genommen:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift\*

**Bestätigung technische Einweisung (bei Insulinpumpentherapie)**

Ich wurde heute in die technische Handhabung der Insulinpumpe eingewiesen. Gleichzeitig wurde ich darauf hingewiesen, dass die Pumpe erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt angelegt werden darf. Es wurde keine medizinisch-therapeutische Schulung gegeben oder Empfehlung ausgesprochen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift\*

\*Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder ggf. des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person

**Anlage 3 b Beratungsprotokoll gem. § 127 Abs. 5 S. 1 und 2 SGB V – gilt für Insulinpens und dient dem Zweck der Dokumentation bei der Einweisung und Abgabe gem. § 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV**

Versorgender Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

\_\_\_\_\_

Versicherte/r:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer oder Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

\_\_\_\_\_

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen  
 telefonische Beratung  
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben