

# **1. Nachtragsvereinbarung zur Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

zwischen

**AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
Basler Straße 2  
61352 Bad Homburg v. d. H.**

(nachfolgend AOK Hessen genannt)

Und

(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

wird folgende Nachtragsvereinbarung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V geschlossen.

Zur besseren Lesbarkeit dieser Vereinbarung wurde die männliche Form gewählt.  
Hiermit sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.

## 1. Änderung aufgrund der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) vom 01.01.2017

Der Vertrag wird um die folgende Regelung ergänzt:

### **Aufgabenübertragung gemäß MPBetreibV**

1) Die AOK Hessen hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 MPBetreibV die Pflichten eines Betreibers wahrzunehmen (sogenannter „Wie-Betreiber“). Der Leistungserbringer übernimmt die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben, soweit sie gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV übertragbar sind, und verpflichtet sich zu deren ordnungsgemäßer Erfüllung. Die übertragenen Aufgaben umfassen insbesondere:

- a) die Einweisung gemäß § 4 MPBetreibV
- b) die Instandhaltung gemäß § 7 MPBetreibV
- c) das Führen der Bestandsverzeichnisse gemäß § 13 MPBetreibV
- d) die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß § 11 MPBetreibV
- e) die Durchführung der messtechnischen Kontrollen gemäß § 14 MPBetreibV
- f) das Führen der Medizinproduktebücher gemäß § 12 MPBetreibV

Die übertragenen Aufgaben dürfen nur durch Personen erfüllt werden, die über die besonderen Anforderungen nach § 5 der MPBetreibV verfügen. Wegen der Einzelheiten der übertragenen Aufgaben wird auf die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) in der aktuellsten Fassung verwiesen.

2) Die Einhaltung der vorgennannten Aufgaben ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOK Hessen zwecks Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen auf Verlangen unverzüglich in Kopie vorzulegen. Soweit Aufgaben im Einzelfall aufgrund der fehlenden Mitwirkung des Versicherten oder aus sonstigen Gründen nicht erfüllt werden können, ist die AOK Hessen umgehend schriftlich zu informieren.

3) Mängel im Rahmen der sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß § 11 MPBetreibV und Messabweichungen außerhalb der Fehlergrenzen bei messtechnischen Kontrollen gemäß § 14 MPBetreibV sowie sonstige Hinweise auf fehlerhafte Medizinprodukte sind gesondert zu dokumentieren. Mängel sind unverzüglich entsprechend der vertraglichen Regelungen zu beheben.

4) Die erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers im Zusammenhang mit der Übernahme der o.g. Aufgaben aus der MPBetreibV sind mit den in der Anlage 11 vereinbarten Vergütungen abgegolten. Für Versorgungen, bei denen die Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbracht werden, entsteht kein Vergütungsanspruch. Eine nicht ordnungsgemäße Erbringung von Aufgaben der MPBetreibV gilt regelmäßig als ein schwerer Vertragsverstoß.

5) Der Leistungserbringer stellt die AOK Hessen von jeglicher Haftung, insbesondere in Bezug auf Schadensersatzforderungen und Bußgelder wegen Verletzung von Betreiberpflichten, frei, die daraus resultiert, dass der Leistungserbringer die ihm übertragenen Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbringt.

## 2. Änderung aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018

§ 16 des Vertrages wird wie folgt neu gefasst:

### **§ 16 Datenschutz und Schweigepflicht**

1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten

(wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Versicherten und deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

7) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.

8) Der Auftragnehmer unterrichtet die Auftraggeberin unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen – auch seiner Mitarbeiter – oder anderer Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung und bei Störungen des Prozessablaufes. Dabei sind die einschlägigen Vorgaben aus § 83a SGB X sowie der Artikel 33 und 34 EU-DSGVO zu beachten.

### 3. Änderungen der Vertragsanlagen

Vertragsanlage 4	Datenschutzpassus ergänzt (Anlage 1 zur 1. Nachtragsvereinbarung)
Vertragsanlage 5	Datenschutzpassus ergänzt (Anlage 2 zur 1. Nachtragsvereinbarung)
Vertragsanlage 6	Datenschutzpassus ergänzt (Anlage 3 zur 1. Nachtragsvereinbarung)
Vertragsanlage 7	Datenschutzpassus ergänzt (Anlage 4 zur 1. Nachtragsvereinbarung)
Vertragsanlage 9	Datenschutzpassus ergänzt (Anlage 5 zur 1. Nachtragsvereinbarung)
Vertragsanlage 10	Datenschutzpassus ergänzt (Anlage 6 zur 1. Nachtragsvereinbarung)

#### Inkrafttreten

Der Nachtrag tritt ab dem 01.03.2019 in Kraft.

Bad Homburg, Datum

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer

**IK-Nummer:**

**Leihvertrag der AOK Hessen / AOK Pflegekasse über ein Hilfsmittel**

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

1. Die AOK Hessen stellt der/dem Versicherten als Leistung der Krankenversicherung/Pflegeversicherung folgendes Hilfsmittel leihweise zur Verfügung:

Modell:

Hilfsmittelnummer:

Hersteller:

Seriennummer:

Registriernummer (nur bei Kauf/Wiedereinsatz):

2. Die/Der Versicherte erklärt hiermit, dass das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und gebrauchsfähigem Zustand übernommen wurde und sie/er in den Gebrauch des Hilfsmittels eingewiesen wurde. Es verbleibt ihr/ihm zur leihweisen eigenen sachgerechten Nutzung solange dies medizinisch notwendig ist.
3. Die/Der Versicherte verpflichtet sich,
- das Hilfsmittel ordnungsgemäß und schonend zu behandeln bzw. für eine solche Behandlung zu sorgen, wenn es durch andere bedient wird,
  - Beschädigungen, die durch unsachgemäßen Gebrauch oder Fahrlässigkeit entstehen, auf eigene Kosten beheben zu lassen,
  - die AOK Hessen von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann,
  - für einen Elektrorollstuhl, mit einer Höchstgeschwindigkeit von über 6 km/h, auch wenn die Motorleistung gedrosselt wurde, eine Haftpflichtversicherung nach §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Versicherungspflicht der Kfz-Halter abzuschließen,
  - das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
  - das Hilfsmittel gegen Schäden durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu schützen.

**Anlage 1 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 4 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

---

4. Sobald das Hilfsmittel nicht mehr benötigt oder genutzt wird, ist es bei Kauf/Wiedereinsatz der AOK Hessen, bei Vergütungspauschale dem Leistungserbringer zurückzugeben.
5. Über einen Umzug in ein Pflegeheim ist die AOK Hessen zu unterrichten
6. Eine Gebrauchsanweisung/Bedienungsanleitung wurde ausgehändigt.
7. Hilfsmittel mit denen im Rahmen einer Vergütungspauschale versorgt wird, verbleiben im Eigentum des versorgenden Leistungserbringers. Über etwaige Schäden oder Verschleißerscheinungen ist dem Leistungserbringer unverzüglich Mitteilung zu machen. Das Hilfsmittel ist dem Leistungserbringer zur Reparatur zu überlassen. Im Falle von Reparaturen/Wartungen oder Ausstattung mit Zubehör durch einen anderen Anbieter besteht keine Gewährleistung, außer der Leistungserbringer hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu erklärt. Änderungen des Namens oder der Anschrift sind dem Leistungserbringer ebenfalls unverzüglich mitzuteilen, auch ist die AOK Hessen befugt dem Leistungserbringer darüber Auskunft zu geben, soweit es für die Erfüllung der Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Versorgung erforderlich ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Das Hilfsmittel wurde ordnungsgemäß ausgeliefert von:

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Telefonisch erreichbar unter:  
\_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)

**Reparatur/Wartung eines Hilfsmittels der AOK Hessen**

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

**Bezeichnung des Hilfsmittels:**

Modell / Baujahr:

Hilfsmittelnummer:

Hersteller:

Seriennummer:

Inventarnummer:

Die Instandsetzung erfolgte am:

Weitere Einzelheiten sind dem Kostenvoranschlag bzw. der Rechnung zu entnehmen

Ich/Wir erkläre/n, dass die Instandsetzung/Wartung in dem in der Rechnung aufgeführten Umfang notwendig war und ordnungsgemäß und vollständig durchgeführt wurde.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers

**Für Reparaturen und Wartungen ist keine Zuzahlung zu leisten.**

**Erklärung der/des Versicherten**

Ich beantrage die Reparatur des obengenannten Hilfsmittels und erkläre, dass ich Mitglied der AOK Hessen bin. Die Anschaffungskosten für dieses Hilfsmittel hat die AOK Hessen getragen.

- Das obengenannte Hilfsmittel wurde am \_\_\_\_\_ bei mir zu Hause repariert.
- Das obengenannte Hilfsmittel wurde am \_\_\_\_\_ repariert zurückgebracht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)

## Versichertenerklärung

Ich,

Frau / Herr \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

erhielt am \_\_\_\_\_ folgendes Hilfsmittel:

(Modell) \_\_\_\_\_ (Hersteller) \_\_\_\_\_

## **Vergütungspauschale**

Ich habe in den letzten 5 Jahren kein Krankenfahrzeug (z. B. Rollstuhl) erhalten.

## **Folgevergütungspauschale**

- Ich nutze das Hilfsmittel regelmäßig und benötige es auch weiterhin.
- Ich nutze das Hilfsmittel unregelmäßig, benötige es aber auch weiterhin.
- Ich nutze das Hilfsmittel nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt, da es nicht mehr meinem Versorgungsbedarf entspricht.
- Ich benötige das Hilfsmittel nicht mehr und bitte um Abholung.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)

**Anlage 4 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 7 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

---

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

**Produktgruppenbogen für: 18.46.03. (Duschrollstühle)**

Hilfsmittelnr.: \_\_\_\_\_ Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_  KV  PV

Bezeichnung/Artikelnr.: \_\_\_\_\_

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

Zur selbständigen Fortbewegung:  ja  nein

Befahrbare Dusche vorhanden?  ja  nein      Gewicht der/des Versicherten: \_\_\_\_\_

Sitzkantelung:  ja  nein      Größe der Antriebsräder: \_\_\_\_\_ Zoll

Sitz:                      Breite: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Tiefe: \_\_\_\_\_

Fußbrett:  ja  nein

Fußstützen:  höhenverstellbar  abnehmbar  schwenkbar

Armlehnen:  fest  schwenkbar  starr  höhenverstellbar

Sitzausführung:  Standard  Toiletteneinsatz  gepolstert, wenn ja Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5, 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung mit/ Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:

[www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)

**Anlage 4 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 7 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

---

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

**Produktgruppenbogen für: 18.46.04., 18.50.01., 18.50.02 (ohne 18.50.02.0 und 18.50.02.2) 18.50.03., 18.51.01., 18.51.04., 18.99.01., 18.99.02., 18.99.03., 50.45.07.**

Hilfsmittelnr.: \_\_\_\_\_ Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_  KV  PV

Bezeichnung/Artikelnr.: \_\_\_\_\_

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

Zur selbständigen Fortbewegung:  ja  nein

Die/Der Versicherte wird geschoben:  ja, generell  ja, nur im Außenbereich  nein

Sitz: Breite: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Tiefe: \_\_\_\_\_

Rücken:  anpassbar  Höhe \_\_\_\_\_ cm  verstellbar um \_\_\_\_\_ Grad

Radstandsverlängerung:  ja  nein

Bremsen:  Trommelbremse für Begleitperson

Seitenteile:  lang  desk  abnehmbar  höhenverstellbar  schwenkbar  ohne

Fußstützen:  starr  höhenverstellbar  abnehmbar  hochschwenkbar

Fußbrett:  ja  nein

Greifreifen:  Doppelgreifreifen (Einarmbetrieb)

Antriebsrad:  12,5"  22"  24"  26"  \_\_\_\_\_"

Sitzkantelung:  ja  nein

Kaftknoten:  ja  nein

Unterstellmöglichkeit vorhanden?  ja  nein

Breite, der schmalsten Türöffnung, die durchfahren werden muss: \_\_\_\_\_ cm

Angaben zur/zum Versicherten:

Rumpfstabilität:  ja  nein

Kopfstabilität:  ja  nein

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Restgefhähigkeit vorhanden:  ja  nein

**Anlage 4 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 7 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

---

Eine Erprobung hat stattgefunden

ja, am \_\_\_\_\_  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zubehör, Zurüstung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5, 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung mit/ Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter: [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)

**Anlage 4 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 7 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

**Produktgruppenbogen für: 18.46.05., 18.50.05., 18.51.05., 18.99.06.**

Hilfsmittelnr.: \_\_\_\_\_ Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_  KV  PV

Bezeichnung/Artikelnr.: \_\_\_\_\_

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

Zur selbständigen Fortbewegung:  ja  nein

Einsatzbereich:  Innenbereich  Außenbereich  Innenbereich und Außenbereich

Sitz: Breite: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Tiefe: \_\_\_\_\_

Rücken:  anpassbar  Höhe \_\_\_\_\_ cm  verstellbar um \_\_\_\_\_ Grad  
 mechanisch  elektrisch

Fußstützen:  starr  höhenverstellbar  abnehmbar  hochschwenkbar  
 elektrisch verstellbar  Fußraste zentral montiert

Fußbrett:  ja  nein

Sitzkantelung:  ja  nein

Kaftknoten:  ja  nein

Steuerung:  rechts  links  Tischsteuerung  Begleitsteuerung  
 Sondersteuerung \_\_\_\_\_

Antrieb:  vorn  hinten  Mittelradantrieb

Unterstellmöglichkeit vorhanden?  ja  nein

Gewicht der/des Versicherten: \_\_\_\_\_ kg

Eine Erprobung hat stattgefunden

ja, am \_\_\_\_\_  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Zubehör, Zurüstung: \_\_\_\_\_

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8, 9 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit/ Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte).

## **Statuserhebung**

(erforderlich bei Versorgungen von Kindern)

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

Die Datenerhebung wurde durchgeführt von: \_\_\_\_\_

Beteiligte an der Erhebung (Angehörige/Betreuer):

\_\_\_\_\_

Erstversorgung       Zweitversorgung       Folgeversorgung       Umversorgung

Körpergröße: \_\_\_\_\_cm      Gewicht: \_\_\_\_\_kg

Kontrakturen:

nein

Streckkontraktur:     Knie       Hüfte abduziert       Hüfte adduziert

Beugekontraktur:     Knie       Hüfte abduziert       Hüfte adduziert

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Skelettdeformitäten:

nein

ja, welche? \_\_\_\_\_

Muskeltonus:

hyperton       hypoton       normalton       wechselnd

Erläuterung Bewertungsziffern:

1: Ohne Schwierigkeiten, 2: Geringe Schwierigkeit, 3: Mäßige Schwierigkeit, 4: Große Schwierigkeit, 5: Unmöglich

Selbständige Mobilität ohne Hilfsmittel:

Krabbeln:     1     2     3     4     5

Stehen:       1     2     3     4     5

Gehen:        1     2     3     4     5

wenn selbständiges Gehen möglich, Strecke: \_\_\_\_\_ Meter

Selbständiger Transfer:     1     2     3     4     5

Selbständige Mobilität möglich mit Hilfe von:

beiden Armen       einem Arm       Arm & Bein       teils selbst/teils geschoben Arm-  
und Handfunktion       Begleitperson \_\_\_\_\_

**Anlage 5 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 9 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

---

Selbständiges Sitzen (Sitzstabilität):     1     2     3     4     5

Dauer des Sitzens am Stück: \_\_\_\_\_ Stunde/n

selbständige Druckentlastung möglich     selbständige Druckentlastung nicht möglich

Sitzkissen, Art: \_\_\_\_\_

Kopfstabilität:     1     2     3     4     5

Bewusstsein:     1     2     3     4     5

Orientierung:     1     2     3     4     5

Selbständige Mobilität mit dem beantragten Hilfsmittel:     1     2     3     4     5

Das beantragte Hilfsmittel soll verwendet werden:

zu Hause     zum Transport     im Kindergarten/in der Schule     im Heim

am Arbeitsplatz/in der WfB

Versorgungsziel:     aktiv     teilweise aktiv     passiv     Lagerung

Bisherige Versorgung:

Rollstuhl     Buggy     Sitzschale     Sonstige: \_\_\_\_\_

Versicherte/r toleriert die eingesetzten Hilfsmittel:     ja     nein

Hilfsmittel ist nicht mehr passend, da:

Wachstum, Hilfsmittel nicht mehr anpassbar     progrediente Erkrankung     Verschleiß

Sind operative Maßnahmen (Korrekturoperation) innerhalb der nächsten Monate geplant?

nein     ja, Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Sollten diese Angaben von Ihnen nicht erbracht werden, wird eine Vorstellung beim Medizinischen Dienst (MDK) nach § 275 Abs. 3 SGB V erforderlich. Dies kann unter Umständen zu Verzögerungen in der Bearbeitung führen.

Ich habe die Informationen zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin mit der Versorgung einverstanden

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

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Versicherte/r, Erziehungsberechtigte/r,  
Betreuer/in

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5, 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)

**Anlage 6 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 10 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen**

\_\_\_\_\_  
Name der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

**Vorführung und Erprobung einer Treppensteighilfe**

(erforderlich bei allen Versorgungen mit Treppensteighilfen)

Eingewiesene Bedienperson:

-----  
Name, Adresse, Telefonnummer\*

Vorhandener Rollstuhl: \_\_\_\_\_

Der vorhandene Rollstuhl ist geeignet für die Verwendung mit der Treppensteighilfe:

ja       nein, weil: \_\_\_\_\_

Ein Stuhl oder eine integrierte Sitzeinheit:

wird gewünscht       wird empfohlen, weil: \_\_\_\_\_

Art der Treppe, die überwunden werden muss:

gerade       mit Podest       gewandelt       sehr eng       sehr steil

Die Nutzung der Treppensteighilfe ist:

einfach       mittelschwierig       schwierig       Treppensteighilfe ist ungeeignet,  
weil: \_\_\_\_\_

Ein praktischer Versuch mit der/dem Versicherten wurde durchgeführt:

ja       nein, weil: \_\_\_\_\_

Die Bedienperson ist in der Lage die Treppensteighilfe zu bedienen:

ja       nein, Einschränkungen: \_\_\_\_\_

## Anlage 6 zur 1. Nachtragsvereinbarung, Anlage 10 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen

---

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r, Betreuer/in

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und ermöglichen uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

### Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hessen/datenschutzrechte)