

**Anlage 4 Bestätigung über die Durchführung der Beratung und Dokumentation
zur Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie**

Name:	Vorname:
Geb. am:	KV-Nr.:

Erstberatung / **Folgeberatung**

Nur vom Leistungserbringer auszufüllen:

Verwendete Grundhilfsmittel:

- Konzentrator: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....
- tragbarer Konzentrator: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....
- kombinierter Konzentrator
und Druckfülleinheit: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....
- Flüssiggas stationär: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....
- Flüssiggas mobil: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....
- Druckminderer: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....
- Befeuchter: 10-stellige Gebührenpositionsnummer:.....

Bei Druckminderern: Menge an Druckgasflaschen:

- Erstversorgung Menge vorauss. monatlich:
- Folgeversorgung monatl. Menge der letzten 12 Monate:

Datum Name Leistungserbringer Name des fachlich Verantwortlichen

Hinweis:

Wir weisen Sie darauf hin, dass Rauchen die Erreichung des Therapiezieles maßgeblich beeinträchtigt. Sie sind für die Erreichung des Therapiezieles mit verantwortlich (§ 1 SGB V). Sollten Sie während der Sauerstofftherapie rauchen, kann dies zur Beendigung unserer Kostenzusage führen. Darüber hinaus weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass Sie für durch Rauchen bedingte Schäden am Gerät einzutreten haben.

Hiermit bestätige ich, dass ich über das eingesetzte Hilfsmittel für meine individuelle Versorgungssituation und die zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V (z.B. Instandhaltung, notwendige Wartungen, Ersatzbeschaffung) beraten und informiert wurde.

Datum Unterschrift Versicherter/Betreuungsperson Unterschrift Leistungserbringer