

Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V und § 78 Abs. 1 SGB XI über die Versorgung mit  
wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln (Hilfsmittelpoolvertrag) vom 01.06.2018 mit der  
AOK Sachsen-Anhalt

---

**Anlage 3 Rückholauftrag und Einlagerungsbestätigung**

AOK Sachsen-Anhalt · 39084 Magdeburg

**AOK Sachsen-Anhalt  
Die Gesundheitskasse.**

8.10.2 KC Hilfsmittel

Service-Hotline: 0800 226 5726  
kostenfrei aus allen deutschen Netzen für Sie  
24 Stunden täglich erreichbar

E-Mail: [KCHimi-Pool.Postfach@SAN.AOK.DE](mailto:KCHimi-Pool.Postfach@SAN.AOK.DE)

Gesprächspartner:  
Andrea Tiegs  
Andrea Schärfke

Telefon: 0391 2878-43805  
0391 2878-43885

Telefax: 0391 2878-843805  
0391 2878-843885

Unser Zeichen:

Datum:

**Rückholauftrag**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als AOK Sachsen-Anhalt unterstützen wir unsere Versicherten mit Poolhilfsmitteln. Wichtig ist, dass wir die individuellen Eigenschaften und den aktuellen Zustand dieser Hilfsmittel kennen, um sie effektiv und zeitnah wiedereinsetzen zu können.

Bitte veranlassen Sie die Rückholung für die in der Anlage aufgeführten Poolhilfsmittel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Erhalt dieses Schreibens.

Senden Sie den vollständig ausgefüllten Rückmeldebogen bitte umgehend an folgende Anschrift zurück:

AOK Sachsen-Anhalt  
8.10.2 KC Hilfsmittel  
39084 Magdeburg

oder per E-Mail an:  
[KCHimi-Pool.Postfach@SAN.AOK.DE](mailto:KCHimi-Pool.Postfach@SAN.AOK.DE)

Bei Fragen sind wir gern für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre AOK Sachsen-Anhalt  
Die Gesundheitskasse

Anlagen

Vorsitzende des Verwaltungsrates  
Traudel Gemmer Susanne Wiedemeyer  
im jährlichen Wechsel

Vorstand  
Ralf Dralle  
BIC:

Commerzbank AG  
Kto.: 758 881 100, BLZ 800 800 00  
IBAN: DE36 8008 0000 0758 8811 00  
DRESDEFF800

USt.-IdNr.: DE258393558  
IK 101 097 008

HP010

Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V und § 78 Abs. 1 SGB XI über die Versorgung mit  
wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln (Hilfsmittelpoolvertrag) vom 01.06.2018 mit der  
AOK Sachsen-Anhalt

---

Faxnummer des Vertragspartners/E-Mail-Adresse

IK-Vertragspartner:

AOK Sachsen-Anhalt  
8.10.2 KC Hilfsmittel  
39084 Magdeburg

E-Mail: KCHimi-Pool.Postfach@SAN.AOK.DE

**Rückmeldung zum Wiedereinsatz/Rückholung**

Inventarisierungsnummer: .....

Gebührenpositionsnummer (Hilfsmittelnummer): .....

Hilfsmittel-Modell: .....

Anschaffungsdatum: .....

Seriennummer: .....

Information zu vorhandenen Zurüstungen/Zubehör am Hilfsmittel:

.....  
.....

Maße des Hilfsmittels:

Höhe: ..... cm Tiefe: ..... cm Breite: ..... cm Länge:.....cm

Spurbreite: ..... cm Belastbarkeit: ..... kg

Zählerstand: .....

Arbeitslast: ..... kg

max. Patientengewicht: ..... kg

Zustand:

Note 1 - keine Reparatur erforderlich

.....

Note 2 - Reparatur unter 150 € erforderlich

.....

Note 3 - Reparatur über 150 € erforderlich (mit nachvollziehbarer Begründung)

.....

Note 4 - Aussonderung (mit nachvollziehbarer Begründung)

.....

sonstige Hinweise: .....

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift