

Hilfsmittlempfehlung

An den Leistungserbringer:

Für unsere/n Versicherte/n wurde im Rahmen der Pflegebegutachtung eine Hilfsmittlempfehlung für u. g. Hilfsmittel zur Verbesserung der häuslichen Pflege ausgesprochen. Dies gilt nach § 18 Abs. 6a SGB XI als Antrag, eine ärztliche Verordnung ist nicht notwendig. Wir bitten Sie, unter Beachtung unserer Verträge (ggf. im Rahmen eines Hausbesuches), Herr/Frau _____ zu versorgen. Reichen Sie bitte dieses Formular mit Ihrer Abrechnung bei uns ein.

Soweit eine Versorgung mit einem genehmigungsfreien Hilfsmittel nicht möglich sein sollte, reichen Sie bitte einen elektronischen Kostenvoranschlag bei uns ein.

Vielen Dank!

Angaben für den Antrag:

IK des Kostenträgers:

Name, Vorname des Versicherten:

KVNR:

Geb.-datum:

Anschrift:

Hilfsmittelbezeichnung:

Produktart (7-Steller):

Verordnungsdatum:

IK der Verordners: *MDK DTA-IK*

Sonstige Angaben:

Empfangsbestätigung für das Hilfsmittel:

Datum und Unterschrift des Versicherten