

Bedarfsermittlungsbogen für manuelle Rollstühle



Name/Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich

Körpergewicht _____ Rezept vorhanden ja nein

Größe _____

Kostenträger _____

1. Versorgungsanlass

- Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

Anlass _____

2. Bisherige Hilfsmittelversorgung

3. Durchschnittliche Nutzungsdauer innerhalb 24 Std.

- < 4 Stunden 4 - 8 Stunden > 8 Stunden

4. Einsatzort/ -bereich

- Innen Aussen betreutes Wohnen Pflegeeinrichtung

5. Versorgungsempfehlung (Begründung für die Auswahl des Hilfsmittels)

Produkt _____ Hersteller _____

Unterschrift des Versorgungsteams

Arzt/Therapeut	Leistungserbringer	Versicherter
Produkt wurde bereits erfolgreich erprobt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fotodokumentation beigelegt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

6. Datenschutzerklärung (vom Versicherten zu unterschreiben)

Ich bin damit einverstanden, dass meine, zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobenen persönlichen und medizinischen Daten, einschließlich der Fotodokumentation, sofern durchgeführt, auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Hilfsmittelleistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben.

Erhebungsdatum _____ Unterschrift Versicherter _____