

Anlage 30

Physiotherapeut(in)

PT

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

IK-Nummer	
Name Fachliche Leitung	

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

Versorgungsbereich			Bezeichnung
PG02	<input type="checkbox"/>	02A/02AR ¹	Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättrgeräte manuell, Blattwender, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer
PG04	<input type="checkbox"/>	04BR	Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen
PG05	<input type="checkbox"/>	05AR	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	05BR	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
	<input type="checkbox"/>	05FR	Bandagen (Versorgungen, konfektioniert)
PG07	<input type="checkbox"/>	07A/07AR	Blindenlangstöcke
PG09	<input type="checkbox"/>	09A/09AR	Elektrostimulationsgeräte
PG10	<input type="checkbox"/>	10AR	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand-/Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
	<input type="checkbox"/>	10C/10CR	Handstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
PG14	<input type="checkbox"/>	14D/14DR	Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensysteme
PG15	<input type="checkbox"/>	15B/15BR	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität
PG16	<input type="checkbox"/>	16A/16AR	Kommunikationshilfen

¹ R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).

Versorgungsbereich			Bezeichnung
PG17	<input type="checkbox"/>	17AR	Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe
	<input type="checkbox"/>	17BR	Medizinische Kompressionsstrümpfe außer Bein
PG18	<input type="checkbox"/>	18BR	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
PG19	<input type="checkbox"/>	19B/19BR	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
	<input type="checkbox"/>	19CR	Hausnotrufsysteme
	<input type="checkbox"/>	19D/19DR	Bettschutzeinlagen, Produkte zur Hygiene im Bett, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
PG20	<input type="checkbox"/>	20E/20ER	Sitzringe
PG23	<input type="checkbox"/>	23AR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	23IR	Orthesen (Versorgungen, konfektioniert)
PG32	<input type="checkbox"/>	32AR	Therapeutische Bewegungsgeräte
	<input type="checkbox"/>	32BR	CPM-Motorbewegungsschienen
PG33	<input type="checkbox"/>	33AR	Toilettenhilfen
PG99	<input type="checkbox"/>	99AR	Kopfschutzhelme/-bandagen, konfektionierte Produkte
	<input type="checkbox"/>	99I/99IR	Läuse- und Nissenkäme

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel in den Räumlichkeiten der Betriebsstätte und/oder mittels Außendienstesinsatz im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten erfolgt:

Angaben zu den Vertriebswegen		
Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben:	<input type="checkbox"/>	aus unseren Räumlichkeiten
	und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!)	
	<input type="checkbox"/>	mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) des Unternehmens Firmenstempel