

## Anlage 01

### Vollstationäre Pflegeeinrichtung (VP)

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer des Betriebs an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann geben Sie die zuständige Fachliche Leitung an:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>IK-Nummer</b>              |  |
| <b>Name Fachliche Leitung</b> |  |

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

| Versorgungsbereich |                          |                       | Bezeichnung   |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| PG15               | <input type="checkbox"/> | 15A/15AR <sup>1</sup> | Inkontinenzhilfen, außer Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität |

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel innerhalb der Räumlichkeiten des Betriebs erfolgt, und/oder ob diese mithilfe eines Fuhrdienstes zu dem privaten Lebensbereich der Versicherten geliefert werden:

| 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

<sup>1</sup> 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).