

Anlage 09

Orthobionik B. Sc.

OB

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
PG05	<input type="checkbox"/>	05AR ¹	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	05BR	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
	<input type="checkbox"/>	05CR	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
	<input type="checkbox"/>	05FR	Bandagen (Versorgungen, konfektioniert)
PG18	<input type="checkbox"/>	18A/18R	Kranken-/Behindertenfahrzeuge, Rollstühle mit Sitzkantelung, Pflegerollstühle
PG23	<input type="checkbox"/>	23AR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	23BR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie)
	<input type="checkbox"/>	23CR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
	<input type="checkbox"/>	23IR	Orthesen (Versorgungen, konfektioniert)

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).

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel in den Räumlichkeiten der Betriebsstätte und/oder mittels Außendienstes 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