

Anlage 20

Zertifizierte(r) Epithetiker(in) nach dem Curriculum des dbve; Zertifizierte(r) Epithetiker(in) nach dem Curriculum des IASPE ZE

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
PG14	<input type="checkbox"/>	14C/14CR ¹	Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
PG17	<input type="checkbox"/>	17DR	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)
PG35	<input type="checkbox"/>	35AR	Epithesen (Hals-/Kopfbereich)
	<input type="checkbox"/>	35BR	Epithesen (Leib/Rumpf)
PG36	<input type="checkbox"/>	36BR	Augenprothesen aus Kunststoff

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

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).