

## Anlage 29

### Ergotherapeut(in)

#### ET

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:

<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
PG02	<input type="checkbox"/>	02A/02AR <sup>1</sup>	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
PG10	<input type="checkbox"/>	10AR	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand-/Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
	<input type="checkbox"/>	10BR	Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen
	<input type="checkbox"/>	10C/10CR	Handstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
PG16	<input type="checkbox"/>	16A/16AR	Kommunikationshilfen
PG18	<input type="checkbox"/>	18A/18R	Kranken-/Behindertenfahrzeuge, Rollstühle mit Sitzkantelung, Pflegerollstühle
	<input type="checkbox"/>	18BR	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
PG19	<input type="checkbox"/>	19B/19BR	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

<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).

Versorgungsbereich			Bezeichnung
	<input type="checkbox"/>	19CR	Hausnotrufsysteme
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)
PG28	<input type="checkbox"/>	28AR	Stehhilfen
PG32	<input type="checkbox"/>	32AR	Therapeutische Bewegungsgeräte
	<input type="checkbox"/>	32BR	CPM-Motorbewegungsschienen
PG33	<input type="checkbox"/>	33AR	Toilettenhilfen
PG99	<input type="checkbox"/>	99I/99IR	Läuse- und Nissenkämme

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