

Anlage 32

Medizinische(r) Fachangestellte(r)

MFA

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
PG01	<input type="checkbox"/>	01A/01AR ¹	Milchpumpen
PG02	<input type="checkbox"/>	02D/02DR	Armunterstützungssysteme, halbautomatische Speiseroboter
	<input type="checkbox"/>	02E/02ER	Elektrische Greifhilfen
PG03	<input type="checkbox"/>	03B/03BR	Spritzen und Zubehör, Pens
	<input type="checkbox"/>	03C/03CR	Transnasale und perkutane Ernährungssonden, Überleitsysteme, Mischsysteme, Zubehör
	<input type="checkbox"/>	03D/03DR	Elektrisch betriebene Spülsysteme
	<input type="checkbox"/>	03E/03ER	Pumpensysteme
	<input type="checkbox"/>	03F/03FR	Trink- und Sondennahrung
PG09	<input type="checkbox"/>	09A/09AR	Elektrostimulationsgeräte
PG14	<input type="checkbox"/>	14H/14HR	Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase
PG15	<input type="checkbox"/>	15B/15BR	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität
PG17	<input type="checkbox"/>	17AR	Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe
	<input type="checkbox"/>	17BR	Medizinische Kompressionsstrümpfe außer Bein
PG19	<input type="checkbox"/>	19B/19BR	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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	
	<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
PG21	<input type="checkbox"/>	21B/21BR	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte Blutgerinnungsmessgeräte, Personenwaagen
PG23	<input type="checkbox"/>	23AR	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/>	23IR	Orthesen (Versorgungen, konfektioniert)
PG29	<input type="checkbox"/>	29A/29AR	Stomaartikel, Konfektionierte Stomabandagen
PG30	<input type="checkbox"/>	30A/30AR	Insulin-Kunststoffspritzen, Insulin-Pens, Blutzuckermessgeräte, Zubehör für Insulinpumpen
	<input type="checkbox"/>	30B/30BR	Insulinpumpen, Insulinpumpentherapiesysteme, Insulin-Patch-Pumpen, Pumpeinheit, Insulinbehälter, Patch-Pumpen zum Austausch
	<input type="checkbox"/>	30C/30CR	Blutzuckermessgeräte, rtCGM-Systemkomponenten rtCGM-Sensoren, rtCGM-Transmitter/Sender, rtCGM-Empfänger, rtCGM-Setzhilfen
PG33	<input type="checkbox"/>	33AR	Toilettenhilfen
PG99	<input type="checkbox"/>	99AR	Kopfschutzhelme/-bandagen, konfektionierte Produkte
	<input type="checkbox"/>	99CR	Erektionsringe
	<input type="checkbox"/>	99DR	Vakuum-Erektionssysteme
	<input type="checkbox"/>	99ER	Vaginaltrainer

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
	<input type="checkbox"/> 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