

Anlage 22

Spezialisierte Personen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte SPIA

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"/>	14AR ¹ Modulare respiratorische Systeme, Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, Atemgasbefeuchter, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
	<input type="checkbox"/>	14B/14BR Konfektionierte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
	<input type="checkbox"/>	14C/14CR Individuell angefertigte Masken zur Adaption respiratorischer Systeme
	<input type="checkbox"/>	14D/14DR Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mundsysteme, PEP-Maskensysteme
	<input type="checkbox"/>	14E/14ER In-/Exsufflator, Abklopf- und Vibrationsgeräte für thorakale Anwendung
	<input type="checkbox"/>	14FR Sauerstofftherapiegeräte
	<input type="checkbox"/>	14H/14H Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase

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

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).

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) des Unternehmens Firmenstempel