

B Produktbezogener Teil

PG 04 Badehilfen / PG 33 Toilettenhilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

6. Anforderungen an die Ausstattung

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

Badeliege	vorhanden	passend	nachzubessern
Badesitz	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschhilfen	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschhocker	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschstuhl/-rollstuhl	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschliege	vorhanden	passend	nachzubessern
Toilettensitz oder -stuhl	vorhanden	passend	nachzubessern
Badewannenlifter	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzlifter	vorhanden	passend	nachzubessern
Liegelifter	vorhanden	passend	nachzubessern
Sicherheitsgriff	vorhanden	passend	nachzubessern
Als Hilfsmittel für:	Dusche	Badewanne	

Zubehör:

_____mal Adapter zur Anbringung an die Toilette	vorhanden	passend	nachzubessern
Fahrgestell zum Fahren über die Toilette oder in die Dusche	vorhanden	passend	nachzubessern
Untergestell zur erhöhten Positionierung in der Badewanne	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußstütze	vorhanden	passend	nachzubessern
Abduktionsführung	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzverkleinerungspolster	vorhanden	passend	nachzubessern
Beckengurt	vorhanden	passend	nachzubessern
Brustgurt	vorhanden	passend	nachzubessern
Thoraxpelotten	vorhanden	passend	nachzubessern
Weitere Oberkörperbegurtung	vorhanden	passend	nachzubessern
Hohe Rückenlehne	vorhanden	passend	nachzubessern
Kopfstütze	vorhanden	passend	nachzubessern
Möglichkeit zur Höhenverstellung	vorhanden	passend	nachzubessern
Folgende Polsterteile im Sonderbau	vorhanden	passend	nachzubessern

Sonstiges	vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	-----------	---------	---------------

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Stehbett/Steillagerungsbett)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)