

B Produktbezogener Teil

PG 10 Gehhilfen

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.

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Körperfunktionen und -strukturen

[illegible]

Datum

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

[illegible]

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

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)