



Erprobungsbericht Brems- und Schiebehilfe

HMV-Nr. 18.99.04.1025

Versicherter: _____

Anschrift: _____

KV-Nr.: _____ geb. am: _____

Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Kostenträger: _____

Gemäß vorliegender ärztlicher Verordnung erfolgte eine ausführliche

Beratung Erprobung am: ____ . ____ . ____

mit folgendem Hilfsmittel / folgenden Hilfsmitteln:

Brems- und Schiebehilfe Modell: CG-33000 Click & Go Compact

Rollstuhl Modell: siehe unten

Der Versicherte wurde über Alternativlösungen zu obiger Beratung vom Leistungserbringer in Kenntnis gesetzt:

ja, und zwar: _____ nein

Ist der Patient geeignet: ja nein Probefahrt: ja nein

Angaben zur Bedienperson:

An der Erprobung teilgenommene Bedienperson: _____

Beziehung zum Versicherten: _____

Ist die Bedienperson geeignet: ja nein Probefahrt: ja nein

Bedienung für Begleitperson: links rechts

Angaben zum Rollstuhl:

Hersteller / Modell: _____

Sitzbreite: _____ cm Sitzhöhe: _____ cm Trommelbremsen: ja nein

Radposition: _____ Steckachsen: ja nein Anbau möglich: ja nein

Rollstuhl geeignet: ja nein Neuversorgung erforderlich: ja nein

Vorführbeleg Sanitätshaus



Sonstiges / Besonderheiten:

Einverständniserklärung

Ich stimme einer Dokumentation der Rollstuhl-Probefahrt im Rahmen dieses Berichts zu. Die hier erhobenen Daten werden an die Krankenkasse weitergeleitet, um eine optimale Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Ich bin auch damit einverstanden, dass diese Daten - sofern erforderlich - einem externen Gutachter übermittelt werden. Dieser Gutachter wurde vertraglich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet. Dieser Erhebungsbogen wird entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vernichtet, sobald die Hilfsmittelversorgung sichergestellt ist.

Datenschutzhinweis gem. § 67 a Abs. 2 Nr. 4 SGB X

Die Erhebung der persönlichen und sachlichen Daten des Versicherten durch den Hilfsmittellieferanten im Rahmen dieses Erprobungsberichts ist freiwillig. Eine Nichtbeantwortung der Fragen kann unter Umständen zu einer Verzögerung der Hilfsmittelversorgung zur Folge haben. Die Erhebung dieser Daten ist erforderlich, damit die Krankenkasse ihre Leistungspflicht prüfen und eine optimale Hilfsmittelversorgung des Versicherten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sicherstellen kann (§ 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V).

Ort, Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Name / Stempel Leistungserbringer

Unterschrift Patient/Vertreter

Unterschrift Bedienungsperson