



Bedarfsanalyse Hilfsmittelversorgung nach HHVG2017



Versicherter _____ Geburtsdatum _____ Kostenträger _____

Eine Bedarfsanalyse über das / die verordneten Hilfsmittel hat am _____

- im Sanitätshaus Lier
 beim Kunden vor Ort durch unsere/n Mitarbeiter/-in _____
stattgefunden

Eine Beratung erfolgte über folgende Produkte:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standardrollstuhl | <input type="checkbox"/> Leichtgewichtrollstuhl | <input type="checkbox"/> Aktivrollstuhl | <input type="checkbox"/> MultifunktionsRS |
| <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl | <input type="checkbox"/> Elektroscooter | <input type="checkbox"/> Toilettstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Badelifter | <input type="checkbox"/> Badebrett | <input type="checkbox"/> Duschhocker | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehwagen |
| <input type="checkbox"/> Treppensteiger | <input type="checkbox"/> Treppenlifter | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Einlegerahmen elektr. |
| <input type="checkbox"/> freist. Aufrichter | <input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze | <input type="checkbox"/> WDS | <input type="checkbox"/> Hybridmatratze |
| <input type="checkbox"/> AD-Luftkissen | <input type="checkbox"/> AD-Schaumstoffkissen | <input type="checkbox"/> Gelsitzkissen | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="checkbox"/> Mobiler SK | <input type="checkbox"/> 2 L Flasche O2 mobil | <input type="checkbox"/> Absauggerät | <input type="checkbox"/> Patientenlifter |
| <input type="checkbox"/> Aktivlifter | | | |

Sonstiges: _____

Der Versicherte erhielt eine umfassende, individuelle diagnose- und bedarfsorientierte Beratung für eine aufzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung.

Für die benötigte Hilfsmittelversorgung wurde ein detaillierter Kostenvoranschlag an den zuständigen Kostenträger nach den aktuellen Kassenverträgen gestellt.

Komfortprodukte, individuelle Sonderwünsche wie z.B. Farbe, Material, Ausstattung, Komfort, Wunschhersteller etc., sind keine Kassenleistung und müssen in Eigenleistung vom Versicherten übernommen werden.

Der Versicherte hat hierüber einen separaten privaten Kostenvoranschlag erhalten.

Datum: _____

Unterschrift Versicherter / Betreuer / Angehörige / Pflegepersonal

Unterschrift Mitarbeiter Sanitätshaus Jürgen Lier OHG