

Anlage 9 zum Rahmenvertrag - Reha Technik

Probefahrtbericht

Datum :

Angaben zum Versicherten:	
Name :	Vorname :
Vers.-Nr. :	Geburtsdatum :
Straße :	Postleitzahl :

Diagnose :

Gewicht :

Körpergröße :

Beschreibung des Einsatzumfeldes :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> nur Wohnung | <input type="checkbox"/> nur Straße | <input type="checkbox"/> Wohnung/Straße |
| <input type="checkbox"/> hügeliges Wohnumfeld | <input type="checkbox"/> flaches Wohnumfeld | <input type="checkbox"/> weite Strecken |
| <input type="checkbox"/> Fahrten zur Arbeitsstätte/Einkauf/Schule | | <input type="checkbox"/> Begleitperson vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Nur eigenes Grundstück - keine öffentlichen Straßen | | |
| <input type="checkbox"/> Wohnung / Haus ist ebenerdig zu befahren | | |
| <input type="checkbox"/> Rampen sind erforderlich | | |
| <input type="checkbox"/> es sind ___ Stufen zu überwinden | | |

Unterstellmöglichkeit :

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Hausflur | <input type="checkbox"/> Keller | <input type="checkbox"/> überdachte(r) Terasse / Balkon |
| <input type="checkbox"/> Garage | <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> Carport | |

Erprobung:

Die Probefahrt wurde mit folgendem Modellen durchgeführt:

(Merkmalnummer angeben)

Probefahrt durchgeführt am: Im Beisein von:

(Name des Mitarbeiters)

Dauer der Probefahrt:

Vorgeschlagene Versorgung :

Zusätzlich benötigtes Zubehör (ärztl. Verordnung beifügen):

Die / Der oben genannte Versicherte ist geistig und körperlich in der Lage, das erprobte Hilfsmittel entsprechend des künftigen Versorgungsziels zu nutzen und zu bedienen:

JA NEIN

Es ist eine Begleitperson notwendig:

JA NEIN

Es sind bereits Hilfsmittel gleichen Typs vorhanden:

Falls ja, Grund des Austauschs:

Bemerkungen / Zusätzliche Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....

Von den vorstehenden Erhebungen habe ich Kenntnis genommen:

Einverständniserklärung der/des Versicherten

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten zur Auswertung auf diesem Probefahrtsbericht festgehalten werden. Der Probefahrtsbericht wird ggf. an einen externen Gutachter der BARMER GEK – in einem verschlossenen Umschlag - weitergeleitet. Dieser ist vertraglich verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich grundsätzlich nicht ergeben. Unter Umständen kann es jedoch zu einer zeitlichen Verzögerung der Bewilligung kommen. Der Probefahrtsbericht wird unter Datenschutzaspekten sicher vernichtet, wenn er für den o. g. Zweck nicht mehr erforderlich ist.

.....
Unterschrift Versicherte/r *

*Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person.

"Datenschutzhinweis : (§ 67a Abs.2 Nr.2 und Abs.4 SGB X): Die personenbezogenen, medizinischen Daten sind zur Gewährung von Leistungen nach § 284 Abs. 1 Nr.4 SGB V i. V. m. § 73 SGB V notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und Übermittlung ist § 100 SGB X i. V. m. § 73 Abs.2 Nr.9 SGB V."