



UHC GmbH

## Vorführbeleg Sanitätshaus

### 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 Bedienperson