

Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Formular kommt nur zur Anwendung, sofern kein spezifisches Formular
existiert (z.B. nicht anwendbar für Hörsystem- oder Rollstuhlversorgung)

Patientenangaben

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.dat. Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon

Versicherung

Name
Strasse
PLZ / Ort
Mail
GLN

Versorgungsrelevantes Problem

Behandlungsgrund Unfall Invalidität / Geburtsgebrechen Krankheit

Verordnetes Hilfsmittel / Behandlungsgerät

(Art, Ausführung des Hilfsmittels, möglichst keine Marken-/Modell-Angaben)

Versorgung Dringend im Spital am Domizil nicht substituierbar

Versorgungsziel und Versorgungsdauer

(nur IV relevant)

Eingliederungszweck (Hilfsmittel): Fortbewegung, Selbstsorge, Kontakt mit der Umwelt, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich, Schulung/Ausbildung und funktionelle Angewöhnung
oder

Behandlungsziel (Behandlungsgerät): (z.B. Lagerung, Redression, Dehnung, Muskelaufbau)

Voraussichtliche Versorgungsdauer: Dauer: länger als 1 Jahr

Arzt/Ärztin

Mail
GLN ZSR

Datum der Erstellung

TechnikerIn

Mail
GLN Tel.

Elektronische Übermittlung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Bemerkungen