

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