

**IUVAT – Hilfsmittelberatung – Bedarfsermittlungsbogen**

**Daten**

**Familienname** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vorname** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sozialversicherungsnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

zuständige Krankenkasse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geschlecht [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers

**Adresse**

Straße Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Postleitzahl, Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Versicherte/r: (Name)** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

SV-Nummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail-Adresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**zuständige/r Arzt/Ärztin** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**behandelnde/r Therapeut\*in** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wir interessieren uns für eine Beratung zu folgendem Thema**

[ ]  Anschaffung eines neuen Hilfsmittels (Erstversorgung)

[ ]  Folgeversorgung für ein bestehendes Hilfsmittel, das nicht mehr passt

Alter des bestehenden Hilfsmittels: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Ausleihe eines gebrauchten Hilfsmittels aus dem Depot des Schulheims

**Wichtige Informationen zur Person im Hinblick auf die Versorgung**

Diagnose/n Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geplante Operationen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Körpergröße Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Gewicht Klicken Sie hier, um Text einzugeben.GMFCS Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Letzte orthopädische Kontrolle war wann: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Art des Hilfsmittels**

[ ]  Aktiv-Rollstuhl (ohne Kopfstütze)

 [ ]  Schieberollstuhl (evtl. mit Kopfstütze)

[ ]  Sitzschale mit Unterfahrgestell

[ ]  sonstige Sitzversorgung, Therapiesessel

[ ]  Buggy

[ ]  Hilfsmittel zum Gehen, Rollator

[ ]  Stehbrett

[ ]  Badebehelf (Badeliegen, WC-Aufsatz, WC-Stuhl)

[ ]  Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wer hat diesen Bogen ausgefüllt?**

[ ]  Elternteil [ ]  Therapeut\*in [ ]  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Mit wem soll der Termin vereinbart werden? Name, Telefonnummer, Mail**

[ ]  Elternteil Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Therapeut\*in Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Kontaktperson Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wichtige Informationen bei Ausleihe aus dem Depot:**

* Es gibt keine Garantie, dass ein gewünschtes Hilfsmittel in unserem Depot verfügbar ist.
* Die Hilfsmittel sind in gebrauchtem Zustand!
* Für die Ausleihe sind € 20 Beratungskosten zu zahlen.
* Die Kaution beträgt je nach Art des Hilfsmittels zwischen € 20 und € 100 und wird bei Rückgabe des intakten Hilfsmittels zur Gänze rückerstattet.

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten zur Auswertung auf diesem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls beteiligten Sanitätshaus genutzt. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden.

**Datum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.