

Anlage 01

Vollstationäre Pflegeeinrichtung (VP)

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer des Betriebs an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann geben Sie die zuständige Fachliche Leitung an:

| | |
|-------------------------------|--|
| IK-Nummer | |
| Name Fachliche Leitung | |

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

| Versorgungsbereich | | | Bezeichnung |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| PG15 | <input type="checkbox"/> | 15A/15AR ¹ | Inkontinenzhilfen, außer Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität |

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel innerhalb der Räumlichkeiten des Betriebs erfolgt, und/oder ob diese mithilfe eines Fuhrdienstes zu dem privaten Lebensbereich der Versicherten geliefert werden:

| Angaben zu den Vertriebswegen | | |
|--|--|--|
| Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben: | <input type="checkbox"/> | aus unseren Räumlichkeiten |
| | und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!) | |
| | <input type="checkbox"/> | mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten |

¹ R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).