

Anlage 41

Diätassistent(in), Ernährungswissenschaftler(in), Öcotrophologin/Öcotrophologe DAS

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

IK-Nummer	
Name Fachliche Leitung	

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

Versorgungsbereich			Bezeichnung
PG03	<input type="checkbox"/>	03A/03AR ¹	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig
	<input type="checkbox"/>	03B/03BR	Spritzen und Zubehör, Pens
	<input type="checkbox"/>	03C/03CR	Transnasale und perkutane Ernährungssonden, Überleitsysteme, Mischsysteme, Zubehör
	<input type="checkbox"/>	03D/03DR	Elektrisch betriebene Spülsysteme
	<input type="checkbox"/>	03E/03ER	Pumpensysteme
	<input type="checkbox"/>	03F/03FR	Trink- und Sondennahrung
PG30	<input type="checkbox"/>	30A/30AR	Insulin-Kunststoffspritzen, Insulin-Pens, Blutzuckermessgeräte, Zubehör für Insulinpumpen
	<input type="checkbox"/>	30B/30BR	Insulinpumpen, Insulinpumpentherapiesysteme, Insulin-Patch-Pumpen, Pumpeinheit, Insulinbehälter, Patch-Pumpen zum Austausch

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).

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel in den Räumlichkeiten der Betriebsstätte und/oder mittels Außendienstesinsatz im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten erfolgt:

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