

Anhang 6 – Vorzeitige Mehrfachausstattung mit Kompressionsware (Produktgruppe 17)

Name, Vorname Versicherte/r:

Krankenversicherternummer:

Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):

Hilfsmittelpositionsnummer der Vorversorgung:

Hilfsmittelpositionsnummer der vorzeitigen Mehrfachausstattung:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Gründe der vorzeitigen Mehrfachausstattung:

(zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Änderung der Umfangmaße
- Änderung der Diagnose
- Verschleiß/Defekt (Beschreibung: _____)
- Allergische Reaktion/Unverträglichkeit (ärztlich nachgewiesen)

Hiermit bestätige ich, dass die vorzeitige Mehrfachausstattung mit festbetrags-
geregelter Kompressionsware aufgrund einer der oben aufgeführten Gründe
erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift
Versicherte/r

Unterschrift Beratende/r
Mitarbeiter/in

Unterschrift der Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)