

Anhang 9 – Vorzeitige Mehrfachausstattung mit Brustprothetik (Produktgruppe 37)

Name, Vorname Versicherte/r:

Krankenversicherungsnummer:

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 Körpermaße
- Nachamputation
- Krankheitsbedingte Veränderungen: _____
- Verschleiß/Defekt (Beschreibung: _____)
- Allergische Reaktion/Unverträglichkeit (ärztlich nachgewiesen)

Hiermit bestätige ich, dass die vorzeitige Mehrfachausstattung mit Brustprothetik 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)