

Beratungsprotokoll NHD GmbH (Neue Hilfsmittel Deutschland)

Datum der Beratung: _____

Versicherter:

Name: _____

Geschlecht: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kostenträger: _____

KV-Nummer: _____

Familie/Betreuer: _____

Betreuender Fachhändler: _____

Fachberater NHD GmbH: _____

Andere: _____

Anlass der Versorgung:

Erstversorgung: Zweitversorgung: Folgeversorgung: Umversorgung:

Begründung:

Einsatzort des Hilfsmittels:

Im Haus: außer Haus: außer Haus mit PKW: Institution:

Im Rahmen der beruflichen Tätigkeit:

Besondere örtliche Gegebenheiten:

Bisherige, vorhandene Hilfsmittel, soweit für die Verordnung relevant:

Sonstiges:

Zielsetzung der Versorgung:

- Teilnahme am familiären Leben bzw. Institution:
- Sicherer Transport in und außer Haus:
- Erweiterung des eigenständigen Lebensradius:
- Verbesserung der Orientierung und aktive Teilnahme am Umfeld:
- Ermöglichen einer physiologischen Sitzposition:
- Schaffen einer Möglichkeit zur eigenständigen Fortbewegung:
- Erhaltung des vorhandenen Steh- und Restgehvermögens:

Sonstiges:

Anforderung an die Ausstattung:

Besonderheiten:

**Zusätzliche Besonderheiten (z.B. Sondersteuerungen, Sauerstoffplattform, besondere
Sitzeinheiten, etc., Begründung:**

Versorgungsempfehlung:

Typ:

- Viking LS-300
- Newlive Magix 2
- Heavy duty
- Outchair
- Topchair
- Alltrack M Ascent Stehstuhl

HMV-Nummer:

18.99.06.1132
18.99.06.XXXX

Begründung der Versorgungsempfehlung:

Die Erprobung wurde erfolgreich durchgeführt:

Erprobungsort: _____

Fotodokumentation wurde durchgeführt: Ja: Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung, einschließlich Fotodokumentation, zur weiteren Auswertung auf diesem Fragebogen festgehalten werden.

Die Nutzungsfreigabe der Fotodokumentation wurde erteilt durch:

Dieser Fragebogen wird ausschließlich von denen an dieser Versorgung Beteiligten genutzt. Mit einer Weiterleitung dieses Fragebogens an meinen Kostenträger im Rahmen dieser Versorgung bin ich einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und sich keine nachteiligen Folgen bei teilweiser oder ganzer Nichtbeantwortung ergeben.

Dieser Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

Unterschriften der Beratungsteilnehmer:

<i>Name</i>	<i>Unterschrift</i>
Versicherter: _____	_____
Arzt/Therapeut: _____	_____
Leistungserbringer: _____	_____
Fachberater: _____	_____