

# Beantragung eines Kommunikations-hilfsmittels bei der Krankenkasse

|               |  |
|---------------|--|
| Benutzername: |  |
|---------------|--|

Zur Orientierung haben wir hier das Beratungsergebnis und die einzelnen Schritte des Antragsverfahrens für Sie zusammengefasst:

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gerät:          |  |
| Wortschatz/App: |  |
| Sonstiges:      |  |

## So geht es weiter:

**Sie besorgen ein Rezept** (kein elektronisches Rezept), **auf dem steht:**

|  |
|--|
|  |
|  |

Bitte beachten Sie: Rezepte sind jeweils nur 28 Tage gültig. Hilfsmittel sind nicht budgetiert.

### Sie holen eine Stellungnahme aus der Schule oder aus der Therapie ein.

Eine Lehrer\*in oder Therapeut\*in schreibt eine kurze Stellungnahme, aus der hervorgeht, warum die Person das in der Beratung empfohlene Kommunikationsgerät benötigt. Bei Bedarf helfen wir gern bei der Formulierung.

### Sie schicken das Rezept und die Stellungnahme an unsere Zentrale in Kassel:

Prentke Romich GmbH  
Karthäuserstraße 3  
34117 Kassel

### Wir erstellen einen Kostenvoranschlag und schicken alles an die Krankenkasse.

Den Kostenvoranschlag übermitteln wir zusammen mit dem Rezept und der Stellungnahme elektronisch direkt an die Krankenkasse.

### Die Krankenkasse prüft den Antrag.

Falls die Krankenkasse noch weitere Angaben benötigt, meldet sie sich bei Ihnen und/oder bei uns. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter: E-Mail: [beantragung@prentke-romich.de](mailto:beantragung@prentke-romich.de), Telefon: 0561 78 559-18

### Die Krankenkasse teilt Ihnen und uns die Entscheidung mit.

Sowohl bei einer Kostenübernahme als auch im Fall einer Ablehnung meldet sich die Krankenkasse bei Ihnen und bei uns. Bitte informieren Sie ggf. die Schule bzw. die beteiligte Therapeut:in.

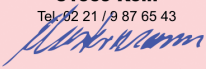
#### • Kostenübernahme und Auslieferung

Wenn die Krankenkasse das Gerät genehmigt hat, melden wir uns umgehend bei Ihnen, um die Auslieferung zu besprechen und ggf. einen Einweisungstermin abzustimmen.

#### • Bei einer Ablehnung kann Widerspruch eingelegt werden.

Falls die Krankenkasse den Antrag ablehnt, können Sie innerhalb von vier Wochen gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen. Dabei sind wir gern behilflich.

## Beispielrezept:

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Geb.-mfr.<br><input type="checkbox"/> Geb.-pfl.<br><input type="checkbox"/> noctu.<br><input type="checkbox"/> Sonstige<br><input type="checkbox"/> Unfall<br><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | Krankenkasse bzw. Kostenträger                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | BVG <input type="checkbox"/> Hilfs- <input checked="" type="checkbox"/> Impf- <input type="checkbox"/> Spr.-St. <input type="checkbox"/> Begr.- <input type="checkbox"/><br>mittel stoff Bedarf Pflicht |        | Apotheken-Nummer / IK |
|                                                                                                                                                                                                                                          | AOK Rheinland-Pfalz                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6                                                                                                                                                                                                       |        | 8 9                   |
|                                                                                                                                                                                                                                          | Name, Vorname des Versicherten                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Zuzahlung                                                                                                                                                                                               |        |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                          | Mustermann<br>Erika<br>Heidestraße 17<br>51147 Köln<br>10/14 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | geb. am<br>12.08.1964                                                                                                                                                                                   |        |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                          | Kassen-Nr.                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Versicherten-Nr.                                                                                                                                                                                        | Status |                       |
| 106415300                                                                                                                                                                                                                                |                                                              | A123456789                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1000 1                                                                                                                                                                                                  |        |                       |
| Betriebsstätten-Nr.                                                                                                                                                                                                                      |                                                              | Arzt-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Datum                                                                                                                                                                                                   |        |                       |
| 271111100                                                                                                                                                                                                                                |                                                              | 654321161                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 10.07.2012                                                                                                                                                                                              |        |                       |
| <b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> aut. idem<br>Kommunikationsgerät „XY“ mit Zubehör                                                                                                                                                    |                                                              | 27/1111100<br><b>Dr. med. Markus Mustermann</b><br><b>Dr. rer. nat. Erik Mustermann</b><br>Dorfheidestraße 1<br><b>51069 Köln</b><br>Tel. 02 21 / 0 87 65 43<br><br>Unterschrift des Arztes<br>Muster 16 (7.2008) |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |
| <input type="checkbox"/> aut. idem<br>ICD-Code oder<br>(Diagnose „XY“)                                                                                                                                                                   |                                                              | Vertragsarztstempel                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |
| <input type="checkbox"/> aut. idem<br>*****<br>6664                                                                                                                                                                                      |                                                              | Abgabedatum<br>in der Apotheke                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |
| Bei Arbeitsunfall<br>auszufüllen!                                                                                                                                                                                                        |                                                              | 2711111004                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |
| Unfalltag                                                                                                                                                                                                                                |                                                              | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                         |        |                       |

## Hinweise zum Verfassen der Stellungnahme:

Die Stellungnahme kann kurz sein. Aus ihr sollte hervorgehen,

- wer diese Stellungnahme verfasst hat,
- wer die betroffene Person ist (Name, Alter, Diagnose),
- welche kommunikativen Bedürfnisse, Fähigkeiten und ggf. Vorerfahrungen im Bereich der Kommunikationsförderung die Person hat,
- dass eine Beratung stattgefunden hat, in der verschiedene Hilfsmittel vorgestellt/erprobt wurden,
- welche Verbesserungen/Fortschritte durch die Versorgung mit der empfohlenen Kommunikationshilfe zu erwarten sind, wie z. B. die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse, die Erweiterung des individuellen Handlungsspielraums, die Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe in Alltagssituationen, die Unterstützung der persönlichen Entwicklung, der Zugewinn an Optionen zur Selbstbestimmung und Selbständigkeit.

Drucken Sie die Stellungnahme auf Briefkopfpapier der Schule/Praxis aus und unterschreiben Sie sie handschriftlich.