

Podnošenje zahtjeva za komunikacijsko pomoćno sredstvo kod Vašeg zdravstvenog osiguranja

Korisničko ime:

Ovdje smo saželi rezultate savjetovanja i pojedinačne korake postupka prijave:

| | |
|---------------------|--|
| Uređaj: | |
| Rječnik/aplikacija: | |
| Ostalo: | |

Ovo je što slijedi:

Dobivate recept (nije elektronički), na kojem piše:

| |
|--|
| |
| |

Napomena: Recepti vrijede samo 28 dana. Pomoćna sredstva nisu predviđena u proračunu.

Dobivate izjavu od škole ili od terapije.

Učitelj/ica ili terapeut/kinja piše kratku izjavu u kojoj objašnjava zašto je osobi potreban komunikacijski uređaj preporučen tijekom savjetovanja. Ako bude potrebno, rado ćemo Vam pomoći s formulacijom.

Recept i izjavu šaljete u naše sjedište u Kasselu:

Prentke Romich GmbH
Karthäuserstraße 3
34117 Kassel

Izrađujemo prijedlog troškova i sve šaljemo zdravstvenom osiguranju.

Prijedlog troškova, zajedno s receptom i izjavom šaljemo elektroničkim putem izravno zdravstvenom osiguranju.

Zdravstveno osiguranje provjerava zahtjev.

Ako zdravstveno osiguranje treba dodatne informacije, obratit će se Vama i/ili nama. Ako imate bilo kakvih pitanja, rado ćemo Vam pomoći: E-pošta: beantragung@prentke-romich.de, Telefonski broj: 0561 78 559-18

Zdravstveno osiguranje obavijestiti će Vas i nas o odluci.

Zdravstveno osiguranje obratit će se Vama i nama ako su troškovi pokriveni ili ako zahtjev bude odbijen.

Ako je potrebno, obavijestite školu ili dotičnog/u terapeuta/kinju.

- Pokrivanje troškova i dostava**

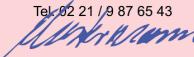
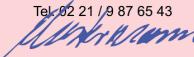
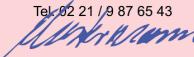
Ako je Vaše zdravstveno osiguranje odobrilo uređaj, odmah ćemo Vam se obratiti kako bismo razgovarali o isporuci i, ako je potrebno, dogovorili termin za instrukcije.

- U slučaju odbijanja može se uložiti prigovor.**

Ako zdravstveno osiguranje odbije Vaš zahtjev, možete se žaliti na ovu odluku u roku od četiri tjedna. Rado ćemo Vam pomoći.



Primjer recepta:

| <input checked="" type="checkbox"/> Gebühr | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------|------------|---------------|---------------|-----------------------|---------|--------|---------------|-----------------------|--|---|---|---|---|--|--|--|--|-----------|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| AOK Rheinland-Pfalz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Geb.-pfl. | Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mustermann Erika Heidestraße 17 51147 Köln | | geb. am | 12.08.1964 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> noctu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | 10/14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Unfall | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 106415300 | A123456789 | 1000 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arbeits-unfall | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 271111100 | 654321161 | 10.07.2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> aut idem | Komunikacijski uređaj „XY“ s priborom | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> aut idem | Kôd ICD ili (Dijagnoza „XY“) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> aut idem | ***** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| БББН <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Abgabedatum in der Apotheke | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unfalltag | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2711111004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BVG</th> <th>Hilfs-mittel</th> <th>Impf-stoff</th> <th>Spr-St.</th> <th>Bedarf</th> <th>Begr.-Pflicht</th> <th colspan="2">Apotheken-Nummer / IK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>X</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Zuzahlung</td> <td colspan="4">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td>Faktor</td> <td>Taxe</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">1. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">2. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">3. Verordnung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: right;">Vertragsarztstempel</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: right;">27/1111100</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;"> Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 9 87 65 43  </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)</td> </tr> </tbody> </table> | | | | BVG | Hilfs-mittel | Impf-stoff | Spr-St. | Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK | | 6 | X | 8 | 9 | | | | | Zuzahlung | | | | Gesamt-Brutto | | | | | | | | | | Faktor | Taxe | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | | | | | | 1. Verordnung | | | | | | | | 2. Verordnung | | | | | | | | 3. Verordnung | | | | | | | | Vertragsarztstempel | | | | | | | | 27/1111100 | | | | | | | | Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 9 87 65 43  | | | | | | | | Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008) | | | | | | | |
| BVG | Hilfs-mittel | Impf-stoff | Spr-St. | Bedarf | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | X | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zuzahlung | | | | Gesamt-Brutto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Faktor | Taxe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Verordnung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Verordnung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Verordnung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertragsarztstempel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27/1111100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 9 87 65 43  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Upute za pisanje izjave:

Izjava može biti kratka. Trebalo bi se vidjeti

- tko je napisao ovu izjavu,
- tko je pogodena osoba (ime, dob, dijagnoza),
- koje komunikacijske potrebe, vještine i, ako je primjenjivo, prethodno iskustvo u području komunikacijske podrške osoba ima,
- da je održano savjetovanje na kojem su predstavljena/testirana razna pomoćna sredstva,
- koja se poboljšanja/napredak mogu očekivati od pružanja preporučene komunikacijske pomoći, kao što su, na primjer, zadovoljavanje osnovnih potreba, proširenje individualnog prostora za djelovanje, mogućnosti aktivnog sudjelovanja u svakodnevnim situacijama, podrška osobnom razvoju, razvoj u mogućnostima za samoodređenje i neovisnost.

Ispišite izjavu na dokument škole/prakse i vlastoručno je potpišite.