

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 obavijestit 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:

☒ Geb.-mtr. ☐ Geb.-pfl. ☐ noctu. ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG ☐ Hilfs- ☒ Impf- ☐ Spr.-St. ☐ Begr.- ☐ mittel stoff Bedarf Pflicht		Apotheken-Nummer / IK
	AOK Rheinland-Pfalz		6		8 9
	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto
	Mustermann Erika Heidestraße 17 51147 Köln geb. am 12.08.1964 10/14				
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
106415300	A123456789	1000 1			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor
271111100	654321161	10.07.2012	1. Verordnung		Taxe
			2. Verordnung		
			3. Verordnung		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Kommunikacijski uređaj „XY“ s priborom Kōd ICD ili (Dijagnoza „XY“) ***** 666H			Vertragsarztstempel 27/1111100 Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorfheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 0 87 65 43 Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			Abgabedatum in der Apotheke 2711111004		

Upute za pisanje izjave:

Izjava može biti kratka. Trebalo bi se vidjeti

- tko je napisao ovu izjavu,
- tko je pogođena 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.