

Sağlık sigorta şirketinizden iletişim yardımı başvurusunda bulunma

Kullanıcı adı:	
----------------	--

Oryantasyon için danışmanlık sonuçlarını ve başvuru sürecinin münferit adımlarını sizin için burada özetledik:

Cihaz:	
Kelime hazinesi/ Uygulama:	
Diğer:	

Bundan sonra neler olacak:

Üzerinde aşağıdakilerin yazdığı bir reçete (elektronik reçete değil) alacaksınız:

Lütfen dikkate alın: Reçeteler sadece 28 gün geçerlidir. Yardımlar bütçelendirilmiyor.

Okuldan veya terapiden bir rapor alırsınız.

Öğretmen veya terapist, kişinin danışma sırasında önerilen iletişim cihazına neden ihtiyaç duyduğunu açıklayan kısa bir açıklama yazar. Gerektiğinde metin yazımında yardımcı olmaktan mutluluk duyarız.

Reçeteyi ve raporu Kassel'deki merkezimize gönderiyorsunuz:

Prentke Romich GmbH
Karthäuserstraße 3
34117 Kassel

Maliyet tahmini hazırlayıp her şeyi sağlık sigorta şirketine iletiyoruz.

Maliyet tahminini, reçete ve raporla birlikte doğrudan elektronik ortamda sağlık sigorta şirketine gönderiyoruz.

Sağlık sigorta şirketi başvuruyu kontrol eder.

Sağlık sigorta şirketi daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsa sizinle ve/veya bizimle iletişime geçecektir. Herhangi bir sorunuz varsa size yardımcı olmaktan mutluluk duyarız: E-posta: beantragung@prentke-romich.de, Telefon: 0561 78 559-18

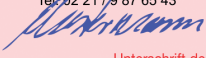
Sağlık sigorta şirketiniz kararı size ve bize bildirecektir.

Sağlık sigorta şirketi masrafların karşılanması veya talebin reddedilmesi durumunda hem sizinle hem de bizimle iletişime geçecektir.

Gerekiyorsa lütfen okulu veya ilgili terapisti bilgilendirin.

- Maliyet karşılama ve teslimat
Sağlık sigorta şirketiniz cihazı onaylarsa, teslimatı görüşmek ve gerekirse bir eğitim seansı için randevu ayarlamak üzere hemen sizinle iletişime geçeceğiz.
- Reddedilmesi halinde itiraz edilebilir.
Sağlık sigorta şirketi başvurunuzu reddederse, bu karara dört hafta içinde itiraz edebilirsiniz. Bu konuda size yardımcı olmaktan mutluluk duyarız.

Örnek reçete:

☒ Geb.-m. ☐ 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			
271111100	654321161	10.07.2012			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)			Vertragsarztstempel		
☒ aut. idem Akseuarlarıyla birlikte "XY" iletişim cihazı ☐ aut. idem ICD kodu veya (Tanı "XY") ☐ aut. idem ***** 6666			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!			2711111004		
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer				

Rapor yazım bilgileri:

Rapor kısa olabilir. Şu konularda açıklayıcı olmalıdır:

- Bu raporu yazan kişi/kurum,
- İlgili kişinin kim olduğu (isim, yaş, tanı),
- Kişinin iletişim desteği alanında hangi iletişimsel ihtiyaçlara, yeteneklere ve varsa önceki deneyimlere sahip olduğu,
- Çeşitli yardımların sunulduğu/test edildiği bir danışmanlığın gerçekleştiği,
- Temel ihtiyaçların karşılanması, bireysel davranış alanının genişletilmesi, günlük durumlara aktif katılım fırsatları, kişisel gelişimin desteklenmesi, kendi kaderini tayin etme ve bağımsızlık seçeneklerinin artırılması gibi önerilen iletişim yardımının sağlanmasıyla ne gibi gelişmeler/ilerlemeler beklendiği.

Raporu okul/muayenehane kağıdına yazdırın ve elle imzalayın.