Name der/des Versicherten

Straße/Hausnummer

PLZ Wohnort

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

Name oder Stempel des Leistungserbringers

Vorführung und Erprobung einer Treppensteighilfe

(erforderlich bei allen Versorgungen mit Treppensteighilfen)

Eingewiesene Bedienperson:

Name, Adresse, Telefonnummer*

Vorhandener Rollstuhl: _____

Der vorhandene Rollstuhl ist geeignet für die Verwendung mit der Treppensteighilfe:

❑ ja ❑ nein, weil:_____

Ein Stuhl oder eine integrierte Sitzeinheit:

❑ wird gewünscht ❑ wird empfohlen, weil:_____

Art der Treppe, die überwunden werden muss:

❑ gerade ❑ mit Podest ❑ gewendelt ❑ sehr eng ❑ sehr steil

Die Nutzung der Treppensteighilfe ist:

❑ einfach ❑ mittelschwierig ❑ schwierig ❑ Treppensteighilfe ist ungeeignet, weil:_____

Ein praktischer Versuch mit der/dem Versicherten wurde durchgeführt:

❑ ja ❑ nein, weil: _____

Die Bedienperson ist in der Lage die Treppensteighilfe zu bedienen:

❑ ja ❑ nein, Einschränkungen: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort/Datum	Unterschrift Leistungserbringer	Unterschrift Versicherte/r, Betreuer/in

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und ermöglichen uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.aok.de/hessen/datenschutzrechte