**Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V**

**Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln**

|  |  |
| --- | --- |
| Versorgender Leistungserbringer: | Firmenstempel und IK |
| Beratende/r Mitarbeiter/in: |  |
| Versicherte/r: | Name, Vorname  Versichertennummer oder Geburtsdatum |

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Form des Beratungsgesprächs: 🞏 persönliche Beratung in den Geschäftsräumen

🞏 telefonische Beratung

🞏 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat 🞏 mich persönlich und/oder

🞏 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

* welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
* die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
* welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja □ Nein □

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Versicherte/r\* |  | Beratende/r Mitarbeiter/in |

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben