

# Wahlfreiheit und Versorgungsanamnese für die Pflegehilfsmittelversorgung (PG51/PG54)

Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG), welches seit April 2017 in Kraft ist, sind wir verpflichtet Sie nachweislich zu beraten und diese Beratung zu dokumentieren. Wir haben Sie zu Ihrer Versorgung umfassend zu beraten und aufzuklären. Darunter fallen die rezeptierten Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen, die im Rahmen der Regelleistung nach dem Sachleistungsprinzip von der Krankenkasse bezahlt werden, wie auch sinnvolle Leistungen, außerhalb des Sachleistungsprinzips (Eigenleistung). Bitte füllen Sie dafür diesen Fragebogen aus, denn nur mit dieser umfassenden Information sind wir in der Lage diesem Gesetz nachzukommen.

## 1. Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.	<input type="text"/>

## 2. Versorgungsanamnese (bitte umfassende Angaben zum Krankheitsbild)

Haben Sie einen Pflegegrad, wenn ja welchen?  Ja, Grad:   Nein

Allergiker  Ja  Nein Wenn ja, welche?

Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor:  Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz

Ich bin über die Datenverwaltung nach EU-Datenschutzgrundverordnung informiert worden und habe mein Einverständnis erklärt. Der Fragebogen ist Teil der Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse und wird an Ihre Krankenkasse weitergeleitet. Bitte unterschreiben Sie, wenn Sie der Weiterleitung zustimmen. Kreuzen Sie bitte „NEIN“ an, wenn Sie der Weiterleitung widersprechen.

Ich stimme der Weiterleitung des beidseitigen Fragebogens an meine Krankenkasse zu:  Ja  Nein

Ich erkläre, dass ich mich entschieden habe von



**Sanitätshaus Lettermann GmbH**  
Helmholtzstraße 27, 41747 Viersen  
Telefon: 0 21 62 / 3 73 97 0  
IK: 330516490 Orthopädie-Technik  
IK: 340514476 Orthopädie-Schuhtechnik

ab dem  mit der Versorgung von Pflegehilfsmittel versorgt zu werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich als Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse frei zwischen den Vertragspartnern der Krankenkasse wählen kann. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich bei einem Wechsel des Sanitätshauses mit meiner Krankenkasse Rücksprache halten sollte, wenn ich ein Hilfsmittel im Rahmen einer Dienstleistungspauschale erhalten habe.

Diese Patienteninformation im Rahmen der Hilfsmittelversorgung habe ich erhalten, die Inhalte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Sollte ich bis jetzt von einem anderen Versorger beliefert werden, kümmere ich mich selbst um die Kündigung mit diesem Leistungserbringer. Erfolgt diese nicht fristgerecht und es kommt daher zu Doppelversorgungen, erkläre ich mich einverstanden, die doppelte Versorgung privat zu zahlen.

Ort	<input type="text"/>	<b>X</b>	Unterschrift des Betroffenen bzw. Bevollmächtigten	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>			