

# Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Formular kommt nur zur Anwendung, sofern kein spezifisches Formular existiert (z.B. nicht anwendbar für Hörsystem- oder Rollstuhlversorgung)

## Patientenangaben

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geb.dat.  Geschlecht

AHV-Nr.

Telefon

## Versicherung

Name

Strasse

PLZ / Ort

Mail

GLN

## Versorgungsrelevantes Problem

Behandlungsgrund  Unfall  Invalidität / Geburtsgebrechen  Krankheit

## Verordnetes Hilfsmittel / Behandlungsgerät

(Art, Ausführung des Hilfsmittels, möglichst keine Marken-/Modell-Angaben)

Versorgung  Dringend  im Spital  am Domizil  nicht substituierbar

## Versorgungsziel und Versorgungsdauer

(nur IV relevant)

**Eingliederungszweck (Hilfsmittel):** Fortbewegung, Selbstsorge, Kontakt mit der Umwelt, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich, Schulung/Ausbildung und funktionelle Angewöhnung  
oder

**Behandlungsziel (Behandlungsgerät):** (z.B. Lagerung, Redression, Dehnung, Muskelaufbau)

Voraussichtliche Versorgungsdauer:  Dauer:   länger als 1 Jahr

## Arzt/Ärztin

Mail

GLN  ZSR

Datum der Erstellung

## TechnikerIn

Mail

GLN  Tel.

**Elektronische Übermittlung**

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

### Bemerkungen