

ANFRAGE AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EINE MOBILITÄTSHILFE UND/ODER ANPASSUNG

!! Bitte alle Felder ausfüllen - außer andere Anweisung !!

1. ANGABEN ZUM NUTZNIEßER

Auszufüllen durch den Nutznießer oder Vignette der Krankenkasse anbringen

Name und Vorname des Nutznießers	
Geburtsdatum	
Adresse (Zuhause oder Altenheim)	
Kontaktperson des Nutznießers: Name / Telefon / Mailadresse	
Nationalregisternummer	
Krankenkasse	

2. ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER

Vom Leistungserbringer auszufüllen

Name des anerkannten Leistungserbringers	
Zulassungsnummer (LIKIV/INAMI) des anerkannten Leistungserbringers	
Name des Unternehmens	
Adresse des Unternehmens	
Telefon/Mailadresse der Kontaktperson	



3. ANGEFRAGTE MOBILITÄTSHILFEN

Wenn mehrere Mobilitätshilfen angefragt werden, füllen Sie bitte für jede Einzelne diese Seite entsprechend oft aus.

<u>Mobilitätshilfe</u> <u>(Basisversion)</u> (Marke/Modell)	Preis

4. ANGEFRAGTE ANPASSUNGEN

<u>Anpassungen</u> (Marke/Modell)	Preis
4.1. Untere Gliedmaßen	
4.2. Obere Gliedmaßen	
4.3. Positionierung (Sitz-Rückenteil)	
4.4. Sicherheit	
4.5. Fahrweise/Antrieb	
4.6. Spezifische Anpassungen	

5. MAßANFERTIGUNG

- Diese Anfrage betrifft eine maßangefertigte Mobilitätshilfe und/oder Anpassung, deren Beschreibung sich in der Anlage befindet. Ebenfalls ist ein Kostenvoranschlag in der Anlage beigefügt.

Der Gesamtpreis der Maßanfertigung beläuft sich auf EUR (Mwst. inbegriffen)

6. BEGRÜNDUNG FÜR DAS GEWÄHLTE MODELL

Immer vom Leistungserbringer auszufüllen.

7. TEST DER MOBILITÄTSHILFE

- Der Test der Mobilitätshilfe hat stattgefunden

am Aufenthaltsort

im Krankenhaus

Andere ...

Beschreibung des Tests

8. DURCH DEN NUTZNIEßER ANGEFRAGTE ANPASSUNGEN, DIE NICHT DURCH DIE DSL BEZUSCHUSST WERDEN

Beschreibung der Umstände und Begründung für die nicht bezuschussten Anpassungen, die durch den Nutznießer beantragt werden (Kostenvoranschlag bitte beifügen, wenn erforderlich)	Preis (EUR) (Mwst. inbegriffen)
Total	

9. KOSTEN DER MIETE EINER MOBILITÄTSHILFE IN APWHS

Detaillierte Beschreibung der Mobilitätshilfe – inklusive eventueller Anpassungen (Kostenvoranschlag bitte beifügen, wenn erforderlich)	Monatsmiete (EUR) (Mwst. inbegriffen)
Total	

10. BESTELLUNG DURCH DIE DSL

Dies findet nur Anwendung für die **Standardversorgung** (Rollstuhl und Antidekubituskissen).

Anzukreuzen durch den Nutznießer

- Hiermit ermächtige ich die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben in meinem Namen die Mobilitätshilfe zu bestellen, nachdem die Zusage erteilt wurde.

Hiermit bestätige ich, dass alle obengenannten Angaben in diesem Formular wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum:

Unterschrift des Leistungserbringer:

Ich (Name, Vorname)
unterzeichne, dass ich über obengenannte Punkte genügend informiert wurde
und einverstanden bin mit der Kostenanfrage bei der DSL.

Datum:

Unterschrift des Nutznießers: