

BESTELLSCHEIN für Mobilitätshilfen und/oder Anpassungen

Von der Person mit Unterstützungsbedarf auszufüllen und zu unterschreiben

ANGABEN ZUR PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Vignette der Krankenkasse anbringen	
Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name/Telefonnummer/E-Mail	

Falls die Person mit Unterstützungsbedarf in einem Wohn- und Pflegezentrum wohnt:

Name des Wohn- und Pflegezentrums	
Adresse des Wohn- und Pflegezentrums	

ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER:

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

Von der Person mit Unterstützungsbedarf zu vervollständigen und zu unterschreiben.

Bitte kreuzen sie die gewünschten Anpassungen mit Ja und die nicht gewünschten Anpassungen mit Nein an.

<u>Nr.</u>	<u>Basisversorgung und Anpassungen</u>	<u>Kosten</u>	<u>Beteiligung Dienststelle</u>	<u>Eigenbeteiligung</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
TOTAL		€	€	€		

Ich, Unterzeichnete(r) _____ (Name Vorname) bestätige hiermit, dass ich über folgende Punkte umfassend informiert worden bin:

- das Hilfsmittel und dessen Nutzung,
- die möglichen Anpassungen,
- die Kostenbeteiligung der DSL
- die für mich verbleibende Eigenbeteiligung.

Hiermit bestelle ich dieses Hilfsmittel und erkläre mich mit allen oben genannten Punkten einverstanden.

Datum:

Unterschrift der Person mit Unterstützungsbedarf: _____