

LIEFERBESCHEINIGUNG FÜR EINE MOBILITÄTSHILFE

DIESEM DOKUMENT IST EINE RECHNUNG BEIZUFÜGEN

ANGABEN ZUR PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Vignette der Krankenkasse anbringen

Vignette der Krankenkasse	
Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse	
Die Person mit Unterstützungsbedarf hält sich zurzeit an der hier angegebenen Adresse auf (nur auszufüllen, wenn diese nicht dem offiziellen Wohnort entspricht)	

ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER

Auszufüllen durch den Leistungserbringer

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

Auszufüllen durch den Leistungserbringer

Typ und Modell der ausgelieferten Mobilitätshilfe:

Seriennummer:

Lieferdatum: □□ / □□ / □□□□

Lieferort:

Hiermit bestätige ich,
(Name des Leistungserbringers), die Mobilitätshilfe ausgeliefert und auf die Bedürfnisse der Person mit Unterstützungsbedarf angepasst zu haben.

Datum: □□ / □□ / □□□□

Unterschrift des Leistungserbringers:

Auszufüllen durch die Person mit Unterstützungsbedarf

Hiermit bestätige ich, die angefragte Mobilitätshilfe(n) mit den angefragten Anpassungen erhalten zu haben. Diese wurde(n) an meine Bedürfnisse angepasst und ich konnte sie im Beisein des Leistungserbringers ausprobieren.

Datum: □□ / □□ / □□□□

Unterschrift
der Person mit Unterstützungsbedarf: