Protokoll über Beratung und Information zur Versorgung des Versicherten

Versichertenangaben:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

KV-Nummer: _____

Tag der Beratung: _____ . _____ . _____
Tag Monat Jahr

Beratung durchgeführt durch: _____
Name der Person (des Poolpartners)

Ich wurde beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind.

- ☐ Die ärztliche Verordnung enthält alle Hilfsmittel, die für mich erforderlich und zweckmäßig sind.
- ☐ Mit meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin werde ich besprechen, ob folgende zusätzliche Hilfsmittel für mich erforderlich sind:

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r bzw. Vertretungsberechtigte/r