

Nutzungsnachweis CPAP-Gerät für die Krankenkassen

Kundendaten

Kundennummer: _____	Vorgangsnummer: _____
Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Hilfsmittelbezeichnung: _____	Lieferdatum: _____
Versichertennummer: _____	

Ich nutze folgendes Gerät:

Betriebsstundenzähler: _____
(bitte ablesen und den aktuellen Stand eintragen)

Durchschnittliche tägliche Nutzungsdauer: _____
(ermittelt von BRANDvital)

- Ich bin mit dem Gerät vertraut und wünsche die weitere Versorgung damit.
- Trotz der mir bekannten medizinischen Indikationsstellung nutze ich das Gerät nicht und möchte die Therapie nicht fortsetzen. Die Begründung des behandelnden Arztes* liegt vor, siehe unten. Bitte holen Sie das Gerät bei mir ab.
- Bezogen auf mein Gerät ist folgendes technisches Problem aufgetreten:
(Bitte keine medizinischen Angaben, ausschließlich bezogen auf das Therapiegerät und dessen Zubehör)

Kurze Beschreibung:

- Bitte nehmen Sie mit mir telefonisch Kontakt auf. Sie erreichen mich am besten unter folgender Rufnummer:

(Telefonnummer)

vormittags

nachmittags

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuer

***Bei geringer Nutzungsdauer des Hilfsmittels, täglich unter 4 Stunden, ist vom Arzt zu bestätigen:**

Versicherte/r soll Hilfsmittel weiter nutzen. ja nein

Begründung des behandelnden Arztes:

Datum, Unterschrift des Arztes

IK, Stempel des Arztes

IK: