

## Kontrol listesi: Yardım aleti başvurusunda لازم olan belgeler

Lütfen doldurun ve bir reçete ile şuraya geri gönderin:

REHAVISTA GmbH  
Konsul-Smidt-Straße 8C  
28217 Bremen

Yardım aleti

için başvurmanız için size bunları gönderiyoruz:

Reçete/doktor reçetesi başvurulacak teknik alet için Reçete metni:


Lütfen aşağıdakilere dikkat edin:

- Reçete alanı:** Buraya tarif metni ve teşhisi (ICD10) yazdırın
- İşaret alanı** Alet için: Rakam 7
- Reçete, veriliş tarihinden itibaren sadece 28 gün geçerlidir, bu nedenle onu hemen bize ulaştırın.**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfe-mittel-Verfahren	Rezept-Nummer / K
Name, Vorname des Versicherten		6 7 8 9	
geb. am		Zurückgang	
Kostenträgerkennung		Gesamt-Stunde	
Versicherten-Nr.		Anzahl der Mittel	
Betriebsstellen-Nr.		1. Verwendung	
Arzt-Nr.		2. Verwendung	
Datum		3. Verwendung	
Rp. (Bitte Leertäume durchzeichnen)		Vertragsarztstempel	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unterschrift des Arztes	
Unfalltag		Muster 16 (10/2014)	
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer			

- Vekaletname
- Eğitim edici deyim/deyimler (örneğin okul, anaokulu,...)  
(Yalnızca başlık ve imza ile geçerlidir)
- Tedavi edici deyim/deyimler (örneğin konuşma terapisi, mesleki ve/veya fizyoterapi,...)  
(Yalnızca başlık ve imza ile geçerlidir)
- Diğer deyim/deyimler (örneğin sosyal hizmetler, ebeveynler,...)
- Özelleştirme kılavuzu