

Checkliste: Dokumente zur Beantragung eines Hilfsmittels

Bitte ausgefüllt und mit Rezept zurücksenden an:

REHAVISTA GmbH
 Konsul-Smidt-Straße 8C
 28217 Bremen

رجاء تعبئة هذه الاستمارة
 وارسالها لنا
 مع الصفة الطبية:

برجاء تعبئة هذه الاستمارة باللغة
 الالمانية

Bitte füllen Sie dieses Formular auf Deutsch aus

تقديم طلب للحصول على أداة ل

Zur Beantragung des Hilfsmittels für _____

senden wir Ihnen hiermit zu: نرسل لكم بموجب هذا:

Ärztliche Verordnung/Rezept für das zu beantragende Hilfsmittel laut Verordnungs-/Rezepttext:

التوصية الطبية لأداة المساعدة
 وفقا لنص اللائحة / الوصفة:

Bitte beachten Sie hierbei Folgendes: يرجى ملاحظة ما يلي:

1. Verordnungsfeld: Hier Rezepttext und Diagnose (ICD 10) eintragen lassen

1

١ - خانة الوصفة الطبية: هنا كتابة نص التوصية الطبية والتشخيص

2. Kennzeichnung Hilfsmittel: Ziffer 7

2

٢- علامة أداة المساعدة: بند ٧

3. Das Rezept ist nur 28 Tage ab Ausstellungsdatum gültig, deswegen benötigen wir dieses sehr zeitnah

٣- التوصية الطبية تكون صالحة لمدة ٢٨ يوماً فقط من تاريخ اصدها ، ولهذا هو السبب في أننا بحاجة إلى هذا على وجه السرعة

Beispiel-Rezept: siehe Rückseite — وصفة نموذجية: على الخلف

Vollmacht توكيل

Pädagogische Stellungnahme/n (z.B. Schule, Kindergarten, ...) (Nur gültig mit Briefkopf und Unterschrift)
 الرأي التربوي (علي سبيل المثال المدرسة , روضة الأطفال , (فقط تكون صالحة مع رأس الرسالة وتوقيع)

Therapeutische Stellungnahme/n (z.B. Logopädie, Ergo- und/oder Physiotherapie, ...) (Nur gültig mit Briefkopf und Unterschrift)
 لرأي العِلاجي (علي سبيل المثال علاج النطق، العلاج المهني و/أو العلاج الطبيعي ,....) (فقط تكون صالحة مع رأس الرسالة وتوقيع)

Weitere Stellungnahmen (z.B. des Sozialdienstes, Eltern, ...) آراء أخرى (علي سبيل المثال الخدمة الاجتماعية، الوالدان، ...)

Leitfaden zur Individualisierung إرشادات فردية

Beispiel-Rezept

مثال للوصفة الطبية:

The form is a standard German medical prescription form (Muster 16) with the following sections:

- Top Left:** Fields for 'Gebühr frei', 'Geb.-pfl.', 'noctu', 'Sonstige', 'Unfall', and 'Arbeitsunfall'.
- Top Center:** 'Krankenkasse bzw. Kostenträger', 'Name, Vorname des Versicherten', 'geb. am', 'Kostenträgerkennung', 'Versicherten-Nr.', 'Status', 'Betriebsstätten-Nr.', 'Arzt-Nr.', 'Datum'.
- Top Right:** 'Hilfsmittel', 'Impfstoff', 'Spr.-St. Bedarf', 'Begr.-Pflicht', 'Apotheken-Nummer / IK', 'Zuzahlung', 'Gesamt-Brutto', 'Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.', 'Faktor', 'Taxe', '1. Verordnung', '2. Verordnung', '3. Verordnung'.
- Center:** 'Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)', 'Vertragsarztstempel', 'Abgabedatum in der Apotheke', 'Unterschrift des Arztes', 'Muster 16 (10.2014)'. A circled '1' is placed here.
- Bottom Left:** 'Bei Arbeitsunfall auszufüllen!', 'Unfalltag', 'Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer'. A circled '2' is placed above the 'Hilfsmittel' field.

1. Verordnungsfeld: Hier Rezepttext und Diagnose (ICD 10) eintragen lassen

1

١ - خانة الوصفة الطبية: هنا كتابة نص التوصية الطبية والتشخيص

2. Kennzeichnung Hilfsmittel: Ziffer 7

2

٢ - علامة أداة المساعدة: بند ٧