

ABHOLUNG VON HILFSMITTELN

Versicherte Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Kontaktdaten für die Abholung

Name, Vorname (falls abweichend von versicherter Person): _____

Telefonnummer: _____

Abholadresse: _____

Grund der Abholung:

- Hilfsmittel wird nicht mehr benötigt
- Verstorben
- Heimunterbringung
- Umzug
- Sonstige Gründe: _____

Folgende Hilfsmittel sollen abgeholt werden:

- Rollstuhl
- Rollator
- Bett/Einlegerahmen
- Badewannenlifter
- Toilettenstuhl
- Anti-Dekubitus-Matratze
- Anti-Dekubitus-Kissen
- CPAP/BIPAP
- Sauerstoffgerät (Abholung zu Lebzeiten nur mit Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten oder des behandelnden Arztes möglich, da es sich um ein lebenserhaltendes Hilfsmittel handelt.)
- Weitere Hilfsmittel: _____

Sonstige Hinweise und Bemerkungen: _____