

**Anlage 3 Dokumentation Beratung**

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V  
Beratung der Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer: \_\_\_\_\_

Firmenstempel und IK-Nr.

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Versicherte/r: \_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer oder Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson / ges. Vertreter

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

Form des Beratungsgesprächs:  persönliche Beratung in den Geschäftsräumen  
 telefonische Beratung  
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat  mich persönlich und / oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter / Bevollmächtigten etc.)

vor der Übergabe des Hilfsmittels / der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist / sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ Hilfsmittelpositionsnummer: \_\_\_\_\_

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten: Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r\*

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Versorgung mit Orthopädischen Schuhen und/oder Einlagen nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).