

## Hilfsmittelanforderung

**Patient:** (ggf. Etikett)

**Einrichtung:** (Stempel)

Entlassung am: .....

Zur Sicherstellung der Entlassung und der anschließenden häuslichen Versorgung werden folgende Hilfsmittel benötigt:

- Toilettensstuhl (  feststehend /  fahrbar)
- Toilettensitzerhöhung
- Pflegebett
- Betttisch
- Gehbank
- Rollator
- Rollstuhl
- Sauerstoffgerät (  stationär /  tragbar)
- Antidekubitusmatratze Grad ..... (bitte Zusatzblatt/ Erhebungsbogen!)
- sonstige: .....

Lieferung erwünscht am: .....

Absprache erwünscht mit: .....

Telefon: .....

Hausarzt: .....

Pflegegrad:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	keinen	beantragt

Datum, Unterschrift: .....

- Sie können uns dieses Formular gerne faxen oder ausfüllen, speichern und per E-Mail senden -

**Tel. 03763 / 18 740 -10 | kontakt@gesundheitstechnik.com | Fax: 03763 / 18 740 -29**