

Anlage 4 zur Vereinbarung über die Versorgung mit Systemen zur Atem- und Beatmungstherapie

Erklärung zur 24-monatiger Kontrolle AOK Hessen

Herrn / Frau _____ Geburtsdatum: _____

KUNDENID: _____

Modell: _____ Versichertennummer: _____

erhielt am: _____

das oben genannte Gerät zur Schlafapnoe- oder COPD-Behandlung

im Rahmen der jährlichen Kontrolle wurde das Hilfsmittel (incl. Überbrückungsgeräte)

mit _____ Therapiestunden genutzt.

Zählerstand alt _____ Stunden

Zählerstand neu _____ Stunden

Hofheim, den _____

Ort, Datum



Unterschrift des Leistungserbringers

Erklärung zur Kontrolle nach der jährlichen Kontrolle

(ist vom Schlaflabor/Lungenfacharzt/Hausarzt auszufüllen)

Die Nutzung des Hilfsmittels erbrachte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten

ja nein

Der Patient akzeptiert die weitere Nutzung des Hilfsmittels

ja nein

Therapieabbruch wegen fehlender Akzeptanz des Hilfsmittels durch den Patienten

ja nein

Eine weitere Nutzung des Hilfsmittels auf Dauer wird empfohlen.

(bei Unterschrift durch den Lungenfacharzt/Schlaflabor)

ja nein

Ich werde das Hilfsmittel weiterhin nutzen.

(bei Unterschrift durch den Versicherten)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Schlaflabors/Lungenfacharzt

beziehungsweise Unterschrift des Versicherten

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben im Rahmen Ihrer Therapie ein Gerät von uns erhalten.

Damit Ihre Krankenkasse auch weiterhin die Kosten für Ihre Therapie übernimmt, müssen die Betriebsstunden Ihres Therapiesystems (z.B. Therapiesystem zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen) an Ihre Krankenkasse übermittelt werden. Nur dann kann die Therapie unterbrechungsfrei fortgesetzt werden und es entstehen keine vermeidbaren Kosten.

Bitte lesen Sie die Betriebsstunden Ihres Therapiegerätes gemäß der Anleitung aus und füllen das entsprechende Formular aus.

Das ausgefüllte Formular können Sie uns dann wie folgt zusenden:

... per E-Mail an	info@gmv-hofheim.de
... per Fax an	06122 – 7528-51
... per Briefpost an	GMV Gesellschaft für medizintechnische Versorgung mbH – Betriebsstunden – Nassaustraße 10 65719 Hofheim

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich telefonisch, per E-Mail oder über unser Kontaktformular zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihre

GMV Gesellschaft für medizintechnische Versorgung mbH