

NEU

Website für Leistungserbringer:

Unser digitaler Service für
Abrechnungen, Verträge und mehr

www.barmer.de/leistungserbringer

BARMER

BARMER - 73524 Schwäbisch Gmünd

1A 3016 5570 94 4006 6F7C
DV 09.25 1,10 Deutsche Post 



*2372*0026359*Ü*

Frau



So erreichen Sie uns:

Tel 0800 333004 223-070*)

Fax 0800 333 00 90*)

service@barmer.de

Bitte angeben:

Unser Zeichen 

Datum

.2025

Verordnung Hilfsmittelversorgung:

**elektrischer Zusatzantrieb für Rollstühle Modell: E-Fix E35 Hersteller: Alber inkl. zwei
Antriebsräder 110 W. Bediengerät (programmierbar) inkl. Handballenauflage.
Bediengeräthalterung. Akku-Pack 6.0**

Versicherte Person



Geburtsdatum



0100

Sehr geehrte Frau Dr. med. 

Sie haben für Ihre Patientin oben genanntes Hilfsmittel verordnet.

Zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben bitten wir Sie unter Hinweis auf § 100 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 73 Abs. 2 Nr. 9 und § 33 SGB V um kurzfristige Beantwortung der nachfolgenden Fragen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BARMER

Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

Postanschrift
BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Alles Wichtige online erledigen:
Der persönliche Mitgliederbereich
www.barmer.de/meine-barmer

Unter www.barmer.de/datenschutz erhalten Sie weitere Informationen zur Datenverarbeitung. Dort erfahren Sie auch, welche Datenschutzrechte Sie haben und wie die Kontaktdaten der BARMER Datenschutzbeauftragten und Aufsichtsbehörden sind.

*) Anrufe aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz sind kostenfrei



Absender



Deutsche Post 
ANTWORT

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen



Verordnung Hilfsmittelversorgung für Brigitte Brock, geb. 15.01.1957

elektrischer Zusatzantrieb für Rollstühle Modell: E-Fix E35 Hersteller: Alber inkl. zwei
Antriebsräder 110 W. Bediengerät (programmierbar) inkl. Handballenauflage.
Bediengerätmontage, Akku-Pack 6.0
(die Versorgung begründend)

D Nebendiagnosen					
E Funktionsdefizite					
a) Untere Extremitäten	Ohne Einschränkung	Langsam mehr als 50 Meter	Langsam unter 50 Meter	Mit Unterstützung unter 15 Meter	Unmöglich oder wenige Schritte
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Koordination und Gleichgewicht	Ohne Einschränkung	Geringe Ataxie, geringer Schwindel	Erhebliche Ataxie, erheblicher Schwindel	Erhebliche Ataxie, starker Schwindel, nicht kompensierbar	Koordinationsverlust, vegetative Schwindelsyndrome
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Cardiopulmonales System	Ohne Einschränkung	Eine Etage steigen oder NYHA II	Zu ebener Erde langsam Gehen mehr als 50 Meter oder NYHA I-II	Langsames Gehen bis 50 Meter oder NYHA III	Unmöglich oder bis 15 Meter oder NYHA (III)-IV
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Obere Extremitäten	Ohne Einschränkung	Eingeschränkt, schmerzfrei beweglich	Eingeschränkt, mit starken Schmerzen beweglich	Aktiv, gegen die Schwerkraft beweglich	Verlust der Grobmotorik
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geneuert zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

Für welche Zwecke soll das elektrisch betriebene Krankenfahrzeug genutzt werden?

Warum reicht ein handbetriebener Selbstfahrer oder eine Gehhilfe nicht aus?

Ist die Versicherte auch in absehbarer Zeit in der Lage, das motorbetriebene Krankenfahrzeug ohne Fremd- als auch Eigengefährdung zu führen?

☐ Ja ☐ Nein (**Begründung zwingend erforderlich**)

Datum, Stempel, Unterschrift