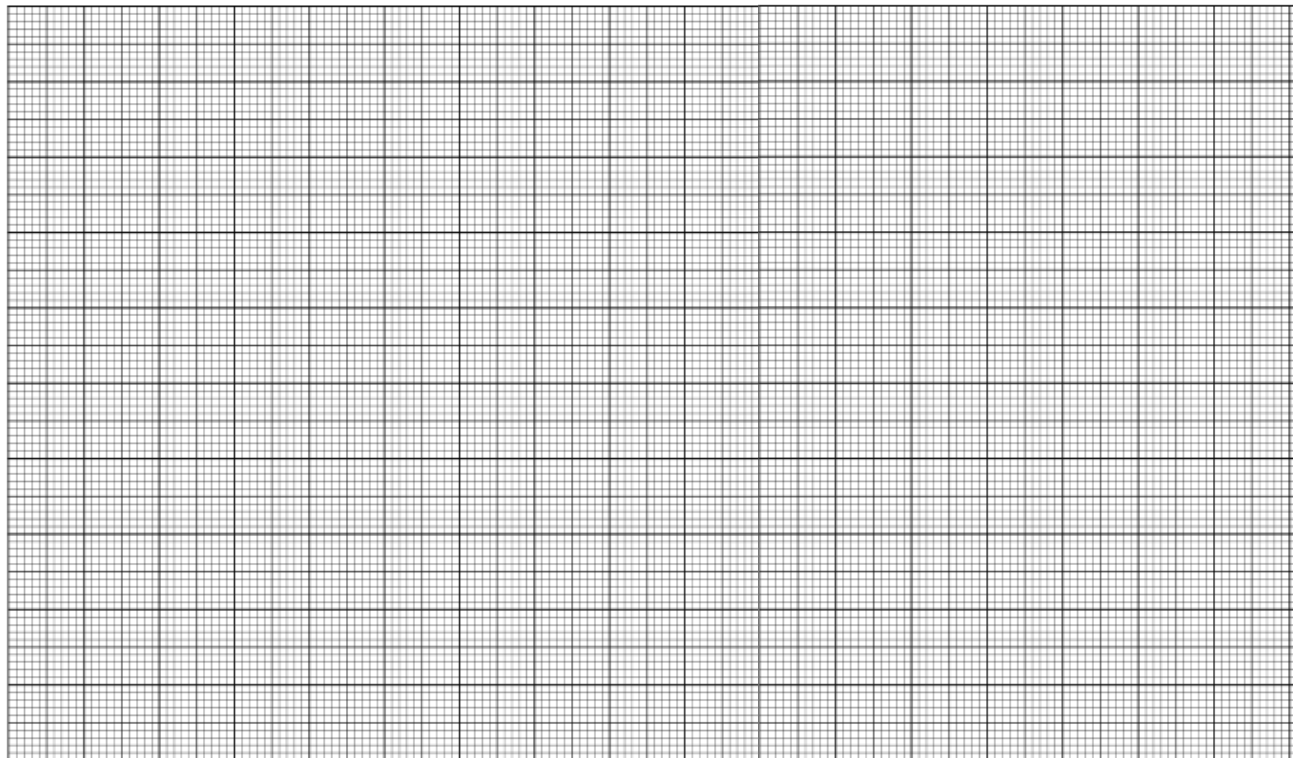


# Anfrage für andere Hilfsmittelabgaben ab IV-Depot



				Datum	
<b>Hilfsmittlempfänger / Hilfsmittlempfängerin</b>				<b>Adresse AuftraggeberIn / Therapiestelle</b>	
Vorname, Name					
Strasse, Nr.					
PLZ, Wohnort, Kanton					
Geburtsdatum		Austrittsdatum		Telefon	
Diagnose:				<b>Adresse Kontaktperson</b>	
Körpermasse		Gewicht            kg		Grösse                cm	
Telefon Geschäft		Telefon Privat		Telefon Mobil	
Sozialversicherungsnr.				Telefon	
<b>Beschreibung Hilfsmittel:</b>					

Skizze, Zeichnung (Masse in cm)



<b>Depotstelle</b>	<b>Tel.</b>
	<b>Fax</b>
	<b>E-Mail</b>
<b>Sachbearbeitung</b>	www.sahb.ch

Hilfsmittel im IV-Depot verfügbar	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HM-Versorgung fachtechnisch nicht beurteilt</b>		
Datum		Visum