

			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	

**Erforderliche(s) und / oder zu beurteilende(s) Hilfsmittel** (passendes ankreuzen):

- Handrollstuhl
- Elektrorollstuhl
- Elektrofahrzeug (Scooter)
- Elektrobett
- Hilfsmittel im Bad (WC-Lifte, Badewannenlifte, ...)
- Patientenlifte
- Behandlungsgerät (Stehtische, 3-Rad Velo, ...)
- Bauliche Anpassungen / Veränderungen
- Fahrzeuganpassung, -umbauten
- Rollator
- Gehhilfe
- Sonstiges: .....

Bemerkungen:

<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