

# Verordnung von Hilfsmitteln / Behandlungsgeräte

Formular kommt nur zur Anwendung, sofern kein spezifisches Formular existiert (z.B. nicht anwendbar für Hörsystem- oder Rollstuhlversorgung)

## Patientenangaben

Name   
Vorname   
Strasse   
PLZ / Ort    
Geb.dat.  Geschlecht   
AHV-Nr.   
Telefon

## Empfänger:

marco steffen  
beim Kantonsspital Aarau  
Bleichematstrasse 43  
5000 Aarau  
Fon 062 836 99 00  
aarau@marcosteffen.ch

marco steffen  
Hauptadresse  
Vordere Hauptgasse 21  
4800 Zofingen  
Fon 062 751 99 00  
zofingen@marcosteffen.ch

marco steffen  
beim Spital Zofingen  
Mühlethalstrasse 29  
4800 Zofingen  
Fon 062 544 34 93  
zofingen@marcosteffen.ch

marco steffen  
nur für Prothesen Termine  
Rabengasse 5  
4800 Zofingen  
Fon 062 751 99 00  
zofingen@marcosteffen.ch

marcosteffen@hin.ch | www.marcosteffen.ch

## Versicherung

Name   
Strasse   
PLZ / Ort    
Mail   
GLN

## Arbeitgeber / Versicherungsdaten

Name   
Strasse   
PLZ / Ort    
Gesetz/Ver-Nr.   
Unfall-Nr./-Dat.

## Versorgungsrelevantes Problem

Behandlungsgrund  Unfall  Invalidität / Geburtsgebrechen  Krankheit

## Verordnetes Hilfsmittel / Behandlungsgerät

(Art, Ausführung des Hilfsmittels, möglichst keine Marken-/Modell-Angaben)

Versorgung  Dringend  im Spital  am Domizil  nicht substituierbar

## Versorgungsziel und Versorgungsdauer

(nur IV relevant)

**Eingliederungszweck (Hilfsmittel):** Fortbewegung, Selbstsorge, Kontakt mit der Umwelt, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich, Schulung/Ausbildung und funktionelle Angewöhnung  
oder

**Behandlungsziel (Behandlungsgerät):** (z.B. Lagerung, Redression, Dehnung, Muskelaufbau)

Voraussichtliche Versorgungsdauer:  Dauer:   länger als 1 Jahr

## Arzt/Ärztin

Mail   
GLN  ZSR

Datum der Erstellung

## TechnikerIn

Mail   
GLN  Tel.

Elektronische  
Übermittlung

marcosteffen@hin.ch

### Bemerkungen