

**1. Betriebsstätte**

IK Nummer	*	Name	Straße	PLZ	Ort	Haupt- sitz	Filiale	Mit Geschäftslokal	
								Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bei dieser Betriebsstätte handelt es sich nicht um einen Neubetrieb und nicht um einen Bezug neuer Räumlichkeiten gemäß den Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes vom 18.10.2010.

**2. Fachliche(r) Leiter**

Kürzel	Vorname	Nachname	Berufsbezeichnung (Bitte Qualifikationsnachweis beifügen)

### 3. Versorgungsbereiche

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	01A10	01.35.01 01.99.01.2 01.99.01.5 01.99.01.7	Milchpumpen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	01B10	01.24.01-02	Sekret-Absauggeräte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	01C	01.24.05	Hilfsmittel zur Wunddrainage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	01D	01.99.01.0-1 01.99.01.3-4	Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngekto- mierte, Sonstiges Zubehör, Geschlossene Absaug- systeme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	02A	02.40.01-06 02.40.07.0 02.40.07.1 02.40.07.3	Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Un- terlagen, Greifhilfen, Halterungen, Umblättermittel manuell / Blattwender Schreibhilfen, Mundstab, Le- seständer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	02B	02.40.07.2 02.99.01-04	Umblättermittel, elektrisch Bedienungssensoren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	02C11	02.99.05 02.99.06	Umfeld-Kontrollgeräte für elektrische Geräte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	02D11	02.10.01	Armunterstützungssysteme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	03A13	03.36.01.0-1 03.36.09.0-2	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig Zubehör für Spülsysteme Fixierhilfen für transnasale Ernährungssonden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	03B11	03.29.01-03 03.99.01-03	Spritzen und Zubehör Pens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	03C13	03.29.12-13 03.36.02-05 03.36.04.3 03.36.06 03.36.10 03.99.07-10 03.99.09 03.99.11 03.99.13	Transnasale Ernährungssonden, Überleitsysteme, Ständer und Halter, Fixierhilfen für transnasale Nasensonden, Filter, Zubehör		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	03D13	03.36.01.2-3 03.36.09.0-2	Elektrisch betriebene Spülsysteme, Zubehör für Spülsysteme, Fixierhilfen für transnasale Ernährungssonden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	03E11	03.29.04-11 03.36.07-08 03.99.04-06 03.99.12	Pumpensysteme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	04A	04.40.01	Badewannenlifter		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	04B	04.40.02-05	Badewannensitze, Duschhilfen, Badewannenein-sätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	05A5	05.01.01 05.02.01 05.04.01 05.06.01.0	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis ein-schließlich Knie)		<input type="checkbox"/>			Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Niederlassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	05B5	05.05.01 05.06.01.1 05.07.01-02 05.08.01 05.09.01-02 05.11.01 05.11.03.0-1 05.11.03.5 05.11.05	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	05C	05.11.03.2 05.11.04	Bandagen-Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	05E	05.11.03.3-4	Maßgefertigte Leibbinden		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	06A	06	Bestrahlungsgeräte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	07A	07.50.01	Blindenlangstöcke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	07B	07.50.02	Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	07C10	07.99.01-05 07.99.07	Blindenhilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	07D3	07.50.01 07.99.99.6	Blindenlangstöcke, Schulung in Orientierung und Mobilität (Unterweisung in die Nutzung des Hilfsmittels Langstock und elektronische Blindenleitgeräte)			<input type="checkbox"/>		Nein	6
<input type="checkbox"/>	07E11	07.99.09	Blindenführhunde		<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	08A	08.03.06	Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	08B10	08.03.01-04 08.03.07	Kopieeinlagen, Bettungseinlagen, Schaleneinlagen, Einlagen mit Korrekturbacken, Fersenschalen		<input type="checkbox"/>			Ja	1, 2
<input type="checkbox"/>	09A	09	Elektrostimulationsgeräte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	10A	10.46.01 10.50.01-03 10.50.04	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand-/Gehstö- cke, Unterarmgehstützen, Achselstützen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	10B11	10.46.02 10.46.04 10.99.02	Gehwagen, Gehübungsgeräte, Sonstige Gehhilfen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	11A	11.11.05 11.29.01-12	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Statische Positionie- rungshilfen und Produkte zur Leib- /Rumpfversor- gung, Ganzkörperversorgung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	11B11	11.39.01-05 11.41.01	Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzunterstützung, Rückenversorgung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	12A11	12.24.01-12 12.99.01-10 16.99.08	Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie, Sprachverstärker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	13A	13	Hörhilfen		<input type="checkbox"/>			Ja	3
<input type="checkbox"/>	14A11	14.24.14.0 14.24.17.4-6 14.24.20-24	Modulare respiratorische Systeme, Ergänzungen für modulare respiratorische Systeme, Basisgeräte für schlafbezogene Atemstörungen, CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	14B13	14.24.16.0-6 14.24.16.8-9	Konfektionierte Masken zur Adaption respiratori- scher Systeme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	14C13	14.24.19	Individuell angefertigte Masken zur Adaption respi- ratorischer Systeme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	14D	14.24.01-03 14.24.08.0-1	Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP- Mundsysteme, PEP-Maskensysteme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	14E13	14.24.08.2 14.24.08.3 14.24.08.4	In-/Exsufflator, Abklopf- und Vibrationsgeräte für thorakale Anwendung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Niederlassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	14F	14.24.04-05 14.24.06	Sauerstofftherapiegeräte		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	14G13	14.24.09 14.24.13 14.24.17.0 14.24.25	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung, Zubehör zur Erweiterung von Beatmungsgeräten und -modulen, Basisgeräte für Beatmung, Modulare, respiratorische Systeme, Atemgasbefeuchter, Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	14H11	14.24.07	Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	15A10	15.25.02 15.25.04-10 15.25.12 15.25.14-18 15.25.19.0-1 15.25.20-22 15.25.24 15.25.30-32	Inkontinenzhilfen <u>außer</u> Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	15B	15.25.19.2	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	16A13	16.99.01-07	Kommunikationshilfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6
<input type="checkbox"/>	16B	16.99.09	Signalanlagen für Gehörlose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	17A11	17.06.01-05 17.06.07-22 02.40.01.3	Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe <i>Achtung: MFA und PT nur mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe!</i>		<input type="checkbox"/>			Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	17B13	17.10.01 17.10.03-09 17.11.02.0 17.17.02.0	Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein <i>Achtung: MFA und PT nur mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe!</i>		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	17C	17.06.06 17.07.01 17.10.02 17.11.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	17D	17.17.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	17E	17.99.01-02	Apparate zur Kompressionstherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	18A11	18.46.04-05 18.50.01-06 18.51.01-02 18.51.04-06 18.65.01 18.99.01-11	Kranken-/Behindertenfahrzeuge		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	18B11	18.46.01 18.46.02 18.46.03	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	19A11	19.40.01-04 50.45.01-04 50.45.06-07 50.45.09	Krankenpflegeartikel (Behindertengerechte Betten, Zurichtungen und Zubehör) Pflegebetten, Zurichtungen und Zubehör, Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung (im Bett), Rollstühle mit Sitzkantelung		<input type="checkbox"/>			Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Niederlassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	19B11	19.40.05 19.99.01 51.40.01 51.45.01 51.45.02 52.40.01 53.45.01 54	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Lagerungsrollen, Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Hausnotrufgeräte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	20A3	20.29.02	Funktionelle Lagerungssysteme für Kinder		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	20B10	20.10.02 20.29.01 20.29.04	Schulterabduktionslagerungshilfen, Armlagerungsplatten bei Parese, Lagerungskeile, Therapiehilfen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	20C	20.06.02	Beinlagerungshilfen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	20D	20.29.03	Therapieliegen bei Mukoviszidose		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	20E	20.39.01	Sitzringe		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	20F	20.29.98 20.29.99	Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Ganzkörper)		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	20G10	20.29.99.0003	Lagerungshilfen, individuell oder in Sonderanfertigung (Versorgungen bis einschließlich Knie)		<input type="checkbox"/>			Ja	1, 2
<input type="checkbox"/>	21A	21.30.01-02 21.46.01	Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern, Überwachungsgeräte zur nichtinvasiven Blutgaskontrolle, Anfall-Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	21B10	21.24.01 21.28.01 21.34.01-02 21.43.01 21.99.01	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Real-Time-Messgeräte (rtCGM), Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6



X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	22A8	22.29.01.0 22.29.01.2-7 22.29.02	Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	22B11	22.29.01.1 22.40.01-06 22.50.01 22.51.01-05	Lifter und Zubehör zu Liftern, Rampensysteme, Zwei-/Dreiräder und Zubehör		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	23A3	23.01.01 23.02.01 23.02.02.0-3 23.03.02.0 23.04.01.0-3 23.04.05.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	23B3	23.07.01-02 23.08.04 23.09.01.0 23.11.01 23.12.03 23.13.01.0 23.14.03.0-3 23.16.02.0-1 23.16.03	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie) <i>Achtung: OTSM und OTS nur mit mindestens fünf-jähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe!</i>		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	23C10	23.02.03-04 23.03.01 23.03.02.1-6 23.04.02-04 23.04.05.1-2 23.04.06-07 23.06.01-04 23.06.06.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie)		<input type="checkbox"/>			Ja	1,2

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	23D10	23.05.01-02 23.06.05 23.06.06.1 23.07.03-04 23.08.01-03 23.08.05 23.09.01.1-3 23.09.02-04 23.10.01 23.12.01-02 23.13.01.1 23.14.01-02 23.14.03.4-5 23.14.04 23.15.01-04 23.16.01.0-3	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklicher Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie)		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	23E	23.02.30-32 23.03.30-34 23.04.30-32	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	23G11	23.05.30-31 23.06.30-31 23.07.30-38 23.08.30-31 23.09.30-33 23.10.30-34 23.11.30 23.12.30 23.13.30 23.14.30 23.15.30-31 23.16.01.4-6 23.16.02.2 23.29.01.0-1	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)		<input type="checkbox"/>			Ja	1, 2
<input type="checkbox"/>	23H11	23.29.01-2	Motorgetriebene Gehapparate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Niederlassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	24A11	24.01.01-03 24.01.98 24.03.01-04 24.03.98 24.73.01-02 24.79.01-02 24.79.04-07	Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz)		<input type="checkbox"/>			Ja	1, 2
<input type="checkbox"/>	24B11	24.04.01-03 24.04.98 24.04.99 24.05.01-03 24.05.98 24.05.99 24.71.01-05 24.71.98 24.71.99 24.72.01-04 24.72.98 24.72.99 24.74.01-03 24.75.01-02 24.79.01-07	Beinprothesen		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	25A13	25.21.01-35 25.21.36.0-1 25.21.90	Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen		<input type="checkbox"/>			Ja	4
<input type="checkbox"/>	25B13	25.21.36.2-3	Schieltherapeutika		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	25C	25.21.36.4 25.21.37.0	Okklusionspflaster, Uhrglasverbände		<input type="checkbox"/>			Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Niederlassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	25D	25.21.50-61	Kontaktlinsen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	25E	02.40.07.3 25.21.80-84	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer		<input type="checkbox"/>			Ja	4
<input type="checkbox"/>	25F	02.40.07.3 25.21.85	Elektronisch vergrößernde Sehhilfen, Leseständer		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	26A11	26.11.01-04	Sitzschalen, Kinder-Sitzsysteme, modular (Sitz-Orthesen)		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	26B11	26.11.05-06 26.46.01-02 26.99.01 26.99.03	Sitzschalen konfektioniert, Therapiestühle /-sitzhilfen für Kinder Autokindersitze für Behinderte, Arthrodesensitzkissen, Arthrodesenstühle, Fahrge- stelle für Sitzschalen/Sitzsysteme, Sitzkeil für Kinder		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	27A	27	Sprechhilfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	28A	28	Stehhilfen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	29A	05.11.03.2 29	Stomaartikel, Konfektionierte Stomabandagen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	31A	02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31	Orthopädische Maßschuhe, Schuhe, industriell hergestellt, Konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker, Schuhzurichtungen, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression Bein		<input type="checkbox"/>			Ja	2
<input type="checkbox"/>	31C	02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31.03.03	Schuhe, industriell hergestellt, Gehstöcke, Strumpfanziehhilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression Bein		<input type="checkbox"/>			Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Nieder- lassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	31D	02.40.01.2-3 10.50.01-03 17.06.06 31.03.07 31.03.08	Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom, Diabetesfußbettungen, Gehstöcke, Strumpfanziehilfen, Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein		<input type="checkbox"/>			Ja	2
<input type="checkbox"/>	31E	31.03.04	Orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh		<input type="checkbox"/>			ja	2
<input type="checkbox"/>	32A	32.06.01 32.07.01 32.10.01 32.29.01 32.29.02 32.99.01	Therapeutische Bewegungsgeräte		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	32B	32.04.01 32.09.01	CPM-Motorbewegungsschienen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	33A	33	Toilettenhilfen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	34A10	34.18.01	Haarersatz, konfektioniert		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	34B10	34.18.02	Haarersatz, individuell gefertigt		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	35A11	35.17.01-05 35.19.01 35.21.01 35.42.01 12.24.13	Epithesen (Hals-/Kopfbereich)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	35B11	35.27.01 37.35.08.4-6	Epithesen (Leib/Rumpf)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	36A10	36.21.01	Augenprothesen aus Glas		<input type="checkbox"/>			Nein	6

X	VB	HMN	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Kürzel Fachlicher Leiter	Vertriebsweg			Begehung notwendig	Scope
					In der Niederlassung	Vor Ort beim Kunden	An beiden Orten		
<input type="checkbox"/>	36B10	36.21.02	Augenprothesen aus Kunststoff		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	37A10	37	Brustprothesen		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	38A11	38	Armprothesen		<input type="checkbox"/>			Ja	1
<input type="checkbox"/>	99A	99.17.01	Kopfschutzhelme/- Bandagen konfektionierte Produkte		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	99B	99.22.01	Kiefermuskeltrainer)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	99C	99.27.01	Erektionsringe		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	99D	99.27.02	Vakuum-Erektionssysteme		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	99E	99.27.03	Vaginaltrainer)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	99H	99.99.03	N.N. (Hilfsmittel zur Unterstützung der Herzfähigkeit)		<input type="checkbox"/>			Nein	6
<input type="checkbox"/>	99I8	99.17.02	Läuse- und Nissenkäme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6
<input type="checkbox"/>	99K11	99.35.01	Schutzringe für Brustwarzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein	6

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Position des Unterzeichnenden

Legende:

VB = Versorgungsbereich

HMN = Hilfsmittelnummer