

**Anlage C**

**FOLGEUNTERSUCHUNG (FOLLOW UP)**

- nach 3 Monaten
- nach 6 Monaten

**zur Gewährung von Beiträgen an Personen mit Behinderung  
für den Kauf von prothetischen Behelfen zur Ausübung von  
Nichtleistungssports**

ANGABEN DES/DER PATIENTEN/PATIENTIN

VORNAME \_\_\_\_\_ NACHNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSORT \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

St.Nr. \_\_\_\_\_ WOHNHAFT IN \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

KAUFDATUM DES PROTHETISCHEN BEHELFS \_\_\_\_\_

1. Der prothetische Behelf wird verwendet, mit Bedarf:

- mehr als dreimal die Woche
- 1 bzw. 2 Mal die Woche
- weniger als 2 Mal im Monat
- wird nicht verwendet (direkt zur Frage 3)

2. Wenn verwendet, Notwendigkeit einer Unterstützung seitens Dritten?

Ja

Nein

3. Wenn nicht verwendet, die Begründung angeben:

- Behelf nie verwendet
- Unterbrechnung der Verwendung, weil unpassend
- Unterbrechnung der Verwendung, weil beschädigt
- Unterbrechnung der Verwendung wegen Diebstahl/Verlust
- Unterbrechnung der Verwendung wegen Verlust des Interesses
- Unterbrechnung der Verwendung wegen Verschlechterung des klinischen Zustandes
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Die Folgeuntersuchung (Follow-Up):

ist am \_\_\_\_\_ programmiert

ist keine weitere Folgeuntersuchung (Follow-Up) vorgesehen

ANGABEN DES/DER VERSCHREIBENDEN ARZTES/ÄRZTIN

VORNAME..... NACHNAME.....

E-MAIL.....@..... TELEFONNUMMER.....

DATUM

STEMPEL UND UNTERSCHRIFT  
DES/DER  
ARZTES/ÄRZTIN

---

Eine Kopie dieses Berichts dem \_\_\_\_\_ zukommen lassen.