feelSpace GmbH
Albert-Einstein-Straße 1
49076 Osnabrück
Tel.: +49 541 939356 90
E-Mail: info@feelspace.de
Internet: www.feelSpace.de
Institutskennzeichen: 590302118
Hilfsmittelnummer: 07.50.02.0003

Informationen über den Tec-Innovation InnoMake® Clip

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

Der InnoMake® Clip von Tec-Innovation ist ein Hilfsmittel, das Blinde und Sehbehinderte bei der Orientierung im Alltag unterstützt. Es macht frühzeitig Hindernisse mittels Vibrationen fühlbar. Er bietet eine intelligente Hinderniserkennung im Oberkörperbereich zwischen 0,3 und 4 Metern und gibt bei Erkennung ein haptisches oder akustisches Feedback aus. Der Clip kann flexibel an verschiedenen Kleidungsstücken oder Gegenständen befestigt werden, wie z.B. dem Langstock, Rollator, Rucksack uvm. Der wasser- und staubresistente Clip hat einen langlebigen Lithium-Polymer-Akku, der bis zu 8 Stunden bei Vollauslastung oder bis zu 5 Tagen bei normaler Nutzung hält.

INNOMAKE - Mehr Sicherheit und Selbstbestimmtheit, weniger Verletzungen

Beantragung

Für eine Verordnung wird neben der **Hilfsmittelpositionsnummer 07.50.02.0003** die Angabe **„InnoMake Hinderniserkennungsgerät“** benötigt. Ein Beispielrezept liegt anbei.

Vorteile

- Mehr Sicherheit und Schutz in Gehrichtung
- Mehr Schutz vor Hindernissen im Oberkörperbereich
- Auffinden von offenen Durchgängen, Türen, Fenstern, Autos, Wänden und Lücken zwischen parkenden Autos, ohne diese mit dem Langstock zu berühren
- Warnt vor sich annähernden oder informiert über sich entfernende Personen und warnt vor spontanen Hindernissen
- Die eingebaute LED bietet mehr Sichtbarkeit im öffentlichen Verkehr
- Zur Verwendung in Kombination mit einem Langstock oder Blindenführhund
- Kann auch mit dem feelSpace naviGürtel® verbunden und kombiniert werden
- Sicheres Fortbewegen in Menschenansammlungen
- Analog oder über die Smartphone-App bedienbar
- Kann am Langstock befestigt werden
- Einsetzbar bei Schnee und Regen
- Kann geklippt oder gehalten werden

Gebühr frei

Geb.-pfl.

noctu

Sonstige

Unfall

Arbeits-unfall

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

Phil Space
Musterstraße 42
12345 Nordstadt

geb. am
24.11.2015

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	7	8	9		

Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
1. Verordnung		
2. Verordnung		
3. Verordnung		

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut idem

Hinderniserkennungsgerät InnoMake Clip (07.50.02.0003)

aut idem

Diagnose: Blindheit

aut idem

6 6 6 H

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

MUSTER

feelSpace GmbH
Albert-Einstein-Straße 1
49076 Osnabrück
Tel.: + 49 541 939356 90
E-Mail: info@feelspace.de
Internet: www.feelSpace.de

Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am	Straße
E-Mail	Telefon	PLZ, Ort

Datenschutzerklärung

Liebe Kunden,
die Angebotserstellung bzw. anschließende mögliche Abrechnung mit Ihrem Kostenträger kann nur mit Ihrer datenschutzrechtlichen Einwilligung nach Absatz 1 erfolgen.

Absatz 1: Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zum Versorgungsvorgang

Hiermit erteile ich in freier Entscheidung mein Einverständnis, dass meine besonderen personenbezogenen Daten, die der Vorabkontrolle unterliegen und für die bestimmungsgemäße Durchführung meiner Hilfsmittelversorgung erforderlich sind, nur von den von mir ausgewählten und beauftragten Leistungserbringern und deren Partnerfirmen erhoben, bearbeitet, gespeichert und aufbewahrt werden dürfen. Ich stimme dem Austausch dieser Daten zwischen den von mir beauftragten Leistungserbringern und deren Partnerfirmen nur Rahmen des § 22 BDSG zu, soweit es für meine Hilfsmittelversorgung entsprechend der Zweckbestimmung erforderlich ist. Weiterhin stimme ich der Weitergabe meiner besonderen personenbezogenen Daten zum Zweck der Leistungsabrechnung nach § 302 SGB V, auch unter Einbeziehung beauftragter Abrechnungsinstitute — unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen — zu. Die Weitergabe meiner Gesundheits- und Sozialdaten, die über meine Auskunftspflicht nach § 206 SGB V hinausgeht, ist hiervon ausgeschlossen und bedarf einer gesonderten schriftlichen Zustimmung meinerseits. Ich wurde darüber belehrt, dass eine zielgerechte Hilfsmittelversorgung entsprechend der Zweckbestimmung ohne die von mir genehmigte Datenerhebung und dem Datenaustausch zwischen den von mir beauftragten Leistungserbringern und deren Partnerfirmen nicht möglich wäre.
Ich erkläre mich damit einverstanden, zusätzlich zur üblichen Briefpost, per Telefon und / oder per E-Mail kontaktiert zu werden sofern es für den Versorgungsvorgang notwendig ist.
Ich erkläre mich zusätzlich damit einverstanden, dass die Firma feelSpace für mich entsprechende Verordnungen bei meinem Augenarzt anfordern kann und mich bei der Abwicklung einer evtl. anstehenden Versorgung unterstützt.

Unterschrift

Absatz 2: Erweiterte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin zusätzlich zum Abs. 1 damit einverstanden, dass die feelSpace GmbH meine hier angegebenen personenbezogenen Daten zur Kundenansprache und Kundenbetreuung, zur Meinungsforschung (z. B. Kundenzufriedenheit), sowie zur individuellen Erstellung und Versendung von Produktinformationen per Briefpost oder elektronischer Post erhebt, verarbeitet und nutzt. feelSpace GmbH gibt Ihre Daten niemals an Dritte weiter, sofern es nicht im Rahmen Ihrer Hilfsmittelversorgung nötig ist oder Sie uns ausdrücklich darum ersuchen. Sie erhalten jederzeit Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten und wenn Sie nicht mehr einverstanden sind, genügt eine Mitteilung, und wir löschen Ihre Daten sofort.

Datum, Unterschrift

Widerspruchsrecht
Wenn Sie künftig keine Informationen mehr erhalten möchten, können Sie der Verwendung Ihrer Daten für Informations- oder Werbezwecke widersprechen — per Telefon unter +49 17656950617 oder per E-Mail an feelSpace unter der Adresse info@feelspace.de.