

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachzentrum für Hilfsmittel**  
**45095 Essen**

Name, Vorname der / des Versicherten

**Fragebogen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Welche (Umbau-)Maßnahme(n) zur Verbesserung des Wohnumfeldes ist/sind vorgesehen? Bitte möglichst detailliert - und soweit mehrere Maßnahmen vorgesehen sind, getrennt - angeben.

In welcher/welchem Wohnung/Haus, ist die Umbaumaßnahme vorgesehen (Anschrift, gegebenenfalls Etage)?

Leben in der/dem von der Umbaumaßnahme betroffenen Wohnung/Haus mehrere Pflegebedürftige?  ja  nein

ja

Bitte geben Sie deren

| Namen | Vornamen | Geburtsdatum | Kranken-/Pflegekasse |
|-------|----------|--------------|----------------------|
|       |          |              |                      |
|       |          |              |                      |
|       |          |              |                      |
|       |          |              |                      |

an.

Handelt es sich bei der Wohnung/dem Haus um „Ihr“ Eigentum oder eine „Mietwohnung“?

Bei einem Mietverhältnis bitte beantworten. Wer ist der Vermieter?

Ist der Vermieter informiert?

ja  nein

Hat er seine Zustimmung bereits erteilt?

ja  nein

Für welchen Zeitpunkt ist die Fertigstellung der (Umbau-) Maßnahme geplant?

In welcher Höhe werden Ihnen voraussichtlich Kosten entstehen?

Bitte fügen Sie einen Kostenvoranschlag bei (**soweit dieser noch nicht übersandt wurde**).

Aus welchen Gründen sind die bisherigen baulichen Verhältnisse nicht ausreichend?

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bzw. Ansprüche gegenüber einem Unfallversicherungsträger?

ja  nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift