

**Bescheinigung des Betriebes über die Durchführung einer medizinschen Rehabilitationsmaßnahme (Hilfsmittelversorgung)**

**Wir bescheinigen hiermit, dass Herr / Frau**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

in Zusammenarbeit mit der **(Name und Adresse der Blindenführhundschule** an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt.

Die Unterweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels (Blindenführhund) wird durchgeführt nach Maßgaben von §§ 33, 127, 139 SGB V in mittelbarer und unmittelbarer direkter Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Blindenführhundschule.

Den Infektionsschutzmaßnahmen, herausgegeben durch das Robert – Koch – Institut, wird Rechnung getragen.

Die Maßnahme ist im öffentlichen Raum durchzuführen. Eine örtliche und zeitliche Eingrenzung ist nicht vorzusehen.

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers