

Krankenkasse

Patientenstammdaten

Name
geb.
wohnhaft

Kasse
Vers.-Nr.

Angehörige

Name
wohnhaft

Tel.-Nr.

Station:
Zimmer:

Verordnung über einen Rollstuhl

Verordnender Arzt

zuständiger
Therapeut
Telefonnummer
Klinik

Gesprächspartner

voraussichtlicher
Entlassungstermin

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Versicherter | ☐ Angehöriger |
| ☐ Therapeut | ☐ Betreuende Person |

Gesundheitsproblem:

Kardiopulmonale Defizite:

Rollstuhlanpassung:

Allgemeine Angaben

Bereits vorhanden/ genutzte Hilfsmittel

Angaben zur Versorgung

- | | |
|---|--|
| ☐ Erstversorgung | ☐ Folgeversorgung |
|---|--|

Angaben zur Folgeversorgung/Änderung der Versorgung

- | | |
|---|---|
| ☐ Funktionseinschränkung hat sich | ☐ verbessert |
| ☐ jetziger Rollstuhl ist nicht mehr gebrauchstüchtig | ☐ verschlechtert |
| | ☐ jetziger Rollstuhl ist nicht mehr zweckmäßig weil: |

Angaben zum Rollstuhl

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Leichtgewichtsrollstuhl | Breite: | Höhe: | Sitztiefe: |
| ☐ Standardrollstuhl | | | |
| ☐ Aktivrollstuhl | | | |
| ☐ Multifunktionsrollstuhl | | | |
| ☐ Beckengurt | ☐ höhenverstellbare Seitenteile | | |
| ☐ Steckachsen | ☐ höhenverstellbare Schiebegriffe | | |
| ☐ Speichenschutz | ☐ Bremshebelverlängerung | ☐ re | ☐ li |
| | | ☐ abklappbar | |
| ☐ Therapietisch | ☐ Bremsen für Begleitpersonen | | |
| ☐ Sitzschlitten | ☐ Einhandbremse | ☐ re | ☐ li |
| ☐ Sitzkissen: Verbundschaumkissen 5 cm | | | |
| ☐ Kniepelotten | ☐ Sitzhose | | |
| ☐ Seitenpelotten | ☐ Kippschutz | | |
| ☐ winkelverstellbares Rückenteil | ☐ Kopfstütze: | | |
| ☐ anpassbares Rückenteil | ☐ Fußstützen | ☐ geteilt | ☐ durchgehend |
| ☐ Kontursitz | ☐ Sonstiges: | | |
| ☐ Sitzkantelung | | | |
| ☐ Greifreifenüberzug | | | |

Status des Patienten:

- | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| 1. Transfer vom/in den RS | ☐ über den Stand | ☐ seitlich | |
| | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ mit Hilfe und Rutschbrett |
| 2. Rumpfstabilität | ☐ freier Sitz | ☐ kein freier Sitz | ☐ Sitz unter Supervision |
| 3. Dauer des Sitzens im RS | Stunden am Tag | | |
| 4. Muskeltonus | Arm | ☐ re ☐ hypoton ☐ hyperton ☐ normoton | |
| | | ☐ li ☐ hypoton ☐ hyperton ☐ normoton | |
| | Bein | ☐ re ☐ hypoton ☐ hyperton ☐ normoton | |
| | | ☐ li ☐ hypoton ☐ hyperton ☐ normoton | |
| | Rumpf | ☐ hypoton ☐ hyperton ☐ normoton | |
| 5. Arm-, Hand-, Fingermotorik | | | |
| Rechts: | Armkraft | ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ fehlend | |
| | Handkontrolle | ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ fehlend | |

- | | | | |
|--------|---------------|------------------------------|---|
| | Funktionshand | ☐ ja | ☐ nein |
| Links: | Armkraft | ☐ gut | ☐ eingeschränkt ☐ fehlend |
| | Handkontrolle | ☐ gut | ☐ eingeschränkt ☐ fehlend |
| | Funktionshand | ☐ ja | ☐ nein |
6. Bein,- Fußmotorik
- | | | | | |
|---------|--------------|------------------------------|--|----------------------------------|
| Rechts: | Beinkraft | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ fehlend |
| | Fußkontrolle | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ fehlend |
| Links: | Beinkraft | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ fehlend |
| | Fußkontrolle | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ fehlend |
7. Vollständige oder teilweise RS-Abhängigkeit ☐ vollständig ☐ teilweise
8. Gehstrecke bei teilweiser RS-Abhängigkeit
- | | | |
|---------------|------|---|
| Innenbereich: | mtr. | ☐ mit Hilfsmittel |
| | mtr. | ☐ ohne Hilfsmittel mit Begleitperson |
| Außenbereich: | mtr. | ☐ mit Hilfsmittel |
| | mtr. | ☐ ohne Hilfsmittel mit Begleitperson |
9. Assoziierte Bewegung (unkontrollierte einschließende Bewegung / Spastiken)
- | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|
| re. Arm | ☐ ja | ☐ nein |
| li. Arm | ☐ ja | ☐ nein |
| re. Bein | ☐ ja | ☐ nein |
| li. Bein | ☐ ja | ☐ nein |
10. Aktive oder passive Nutzung des RS ☐ aktiv über
- | |
|--|
| ☐ mit beiden Armen über Greifreifen |
| ☐ ein Arm, ein Bein (Trippeln) |
| ☐ beide Beine (Rollstuhlgehen) |
- ☐ passive Nutzung (Schieberollstuhl durch Begleitperson)
11. Kontrakturen (Gelenk, Ausprägungsgrad)
12. Kognitive Defizite
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Kann Ihr/e Patient/in von sich aus Wünsche und Bedürfnisse äußern? | ☐ ja | ☐ nein |
| Ist in der Klinik orientiert. | ☐ ja | ☐ nein |

Körperstatus des Patienten

Körpergröße:

Körpergewicht:

Begleitperson

☐ ja

☐ nein

Körpergröße der schiebenden Person

Begleitperson immer gleich oder wechselnd?

☐ gleich

☐ wechselnd

Bemerkung

Allgemeine Lebensumstände:

1. Soziales Umfeld:

☒ Der Patient befindet sich z.Zt. noch in der Rehaeinrichtung/ im Krankenhaus

☐ Häusliches Umfeld nach Beendigung des Klinikaufenthaltes

☐ bekannt ☐ nicht bekannt

☐ Die Einsatzmöglichkeit des Hilfsmittels wurde im häuslichen Umfeld geprüft/ bzw. in der Rehaklinik ausprobiert

2. Häusliches Umfeld/Nutzung

☐ Innenbereich

☐ Innen- und Außenbereich

☐ Außenbereich

3. Überwiegender Einsatzort

☐ überwiegend eben

☐ überwiegend hügelig

☐ bergig

☐ Überwiegender Einsatzort:

Das Modell ist nach Beratung speziell auf die Bedürfnisse und Wohnverhältnisse des/der Patienten/in abgestimmt worden und da der/die Patient/in für einen längeren Zeitraum auf den Rollstuhl angewiesen sein wird, ist es ein Ausgleich für die Behinderung des/der Patienten/in.

Mit freundlichen Grüßen

KLINIK

Oberarzt/ -ärztin

Stationsarzt/ -ärztin

Therapeut/ -in