

A Stuserhebung — Seite 1

Stammdaten für die zukünftigen Versorgungen.

Gemeinsam vom Therapeuten/Arzt/Eltern unter Einbeziehung des Leistungserbringers zu erheben

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Erziehungsberechtigter: Name _____ Vorname _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kostenträger: _____ Telefon: _____ KV-Nummer: _____

Diagnosen:**Name und Adresse des verordnenden Arztes:****Name/Art und Anschrift der Institutionen, die das Kind besucht oder bewohnt:****Begleitende therapeutische Maßnahmen/Heilmittel:****Physiotherapie:** _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Logopädie/Sprachtherapie: _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ergotherapie: _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Sonstige: _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Welche umwelt- und/oder personbezogenen Kontextfaktoren müssen für die Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden?**Weitere Anlagen/Therapieberichte etc.****Röntgenbilder vorhanden:** ja nein

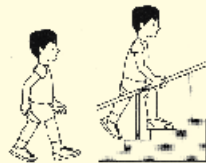
Körperregion 1 _____ Datum _____ Körperregion 2 _____ Datum _____

Einteilung des Behinderungsgrades in Anlehnung an das GMFCS (GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM)



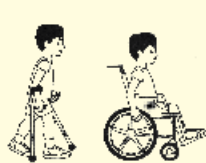
Stufe 1

Gehen ohne Einschränkung;
Einschränkung
der höheren
motorischen Fähigkeiten



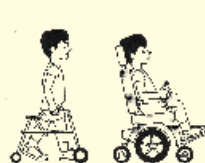
Stufe 2

Freies Gehen ohne Gehhilfen;
Einschränkung beim Gehen
außerhalb der Wohnung
und auf der Straße



Stufe 3

Gehen mit Gehhilfen;
Einschränkung beim Gehen
außerhalb der Wohnung
und auf der Straße



Stufe 4

selbstständige Fortbewegung
eingeschränkt; Kinder werden
geschoben o. benutzen E-Rollstuhl
für draußen auf der Straße



Stufe 5

selbstständige Fortbewegung
selbst mit
elektrischen Hilfsmitteln
stark eingeschränkt

Abbildungen entnommen mit frdl. Genehmigung dem Band „GMFM und GMFCS - Messung und Klassifikation motorischer Funktionen“, Dianne Russel u.a., Verlag Hans Huber, CH-Bern, Abb. Prof. Kerr Graham/Melbourne/Australia.

Körperfunktionen- /strukturen und Aktivitäten-Teilhabe (nach ICF)

0 1 2 3 4 Abweichung von der „Norm“

KÖRPERFUNKTIONEN:	0	1	2	3	4
Mentale Funktionen					
Bewusstsein					
Orientierung					
Sinnesfunktionen und Schmerz					
Sehen					
Hören					
Schmerz empfinden					
Funktionen des kardiovaskulären Systems					
Herzfunktion					
Atemfunktion					
Funktionen des Verdauungssystems					
Neuromuskuläre und bewegungsbezogene Faktoren					
Gelenkbeweglichkeit:	0	1	2	3	4
Wirbelsäule					
Schulter					
Ellenbogen					
Hand					
Hüfte					
Knie					
Fuß					
Sonstige					
Muskeltonus					
Muskelkraft					
Funktionen der Haut					
KÖRPERSTRUKTUREN:					
Versorgungsrelevante Strukturen:					

AKTIVITÄTEN UND TEILHABE: (Beurteilung ohne Hilfsmittel)	0	1	2	3	4
Lernen und Wissensanwendung					
Allg. Aufgaben und Anforderungen					
Kommunizieren					
Als Empfänger					
Als Sender (sprechen/nonverbal)					
Mobilität					
Die Körperposition ändern					
Die Körperposition aufrechterhalten					
sitzen					
stehen					
Gegenstände tragen, bewegen, handhaben					
Fortbewegung					
Rollen, robben, krabbeln					
Gehen					
Arm- und Handgebrauch					
Stützen					
Greifen/erreichen					
Selbstversorgung					
Körperpflege					
An- u. Ausziehen					
Toilette benutzen					
Nahrungsaufnahme					
Weitere relevante Daten:					

0 ohne Schwierigkeiten 1 geringe Schwierigkeit 2 mäßige Schwierigkeit 3 große Schwierigkeit 4 unmöglich

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

B Produktbezogener Teil

PG 10 Gehhilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)
Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

- Verbesserung der Gewichtsübernahme auf die Beine
- Kräftigung der Rumpf- und Beinmuskulatur
- Prävention von Sekundärschäden (Inaktivitätsosteoporose, Gelenkfehlbildungen, Weichteilkontrakturen)
- Verbesserung der Vitalfunktionen (HerzKreislauf, Atmung, Verdauung)

- Schaffen einer Möglichkeit zur selbständigen Fortbewegung
- Verbesserung des Gangbildes
- Unfallprävention beim selbständigen Gehen
- Förderung der räumlichen Orientierung
- Verbesserung der Körperkoordination- und kontrolle
- Erweiterung des Bewegungsradius

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumsetzung			
7. Zielüberprüfung			
8. Zielanpassung			
9. Zielbewertung			
10. Zielumsetzung			
11. Zielüberprüfung			
12. Zielanpassung			
13. Zielbewertung			
14. Zielumsetzung			
15. Zielüberprüfung			
16. Zielanpassung			
17. Zielbewertung			
18. Zielumsetzung			
19. Zielüberprüfung			
20. Zielanpassung			
21. Zielbewertung			
22. Zielumsetzung			
23. Zielüberprüfung			
24. Zielanpassung			
25. Zielbewertung			
26. Zielumsetzung			
27. Zielüberprüfung			
28. Zielanpassung			
29. Zielbewertung			
30. Zielumsetzung			
31. Zielüberprüfung			
32. Zielanpassung			
33. Zielbewertung			
34. Zielumsetzung			
35. Zielüberprüfung			
36. Zielanpassung			
37. Zielbewertung			
38. Zielumsetzung			
39. Zielüberprüfung			
40. Zielanpassung			
41. Zielbewertung			
42. Zielumsetzung			
43. Zielüberprüfung			
44. Zielanpassung			
45. Zielbewertung			
46. Zielumsetzung			
47. Zielüberprüfung			
48. Zielanpassung			
49. Zielbewertung			
50. Zielumsetzung			
51. Zielüberprüfung			
52. Zielanpassung			
53. Zielbewertung			
54. Zielumsetzung			
55. Zielüberprüfung			
56. Zielanpassung			
57. Zielbewertung			
58. Zielumsetzung			
59. Zielüberprüfung			
60. Zielanpassung			
61. Zielbewertung			
62. Zielumsetzung			
63. Zielüberprüfung			
64. Zielanpassung			
65. Zielbewertung			
66. Zielumsetzung			
67. Zielüberprüfung			
68. Zielanpassung			
69. Zielbewertung			
70. Zielumsetzung			
71. Zielüberprüfung			
72. Zielanpassung			
73. Zielbewertung			
74. Zielumsetzung			
75. Zielüberprüfung			
76. Zielanpassung			
77. Zielbewertung			
78. Zielumsetzung			
79. Zielüberprüfung			
80. Zielanpassung			
81. Zielbewertung			
82. Zielumsetzung			
83. Zielüberprüfung			
84. Zielanpassung			
85. Zielbewertung			
86. Zielumsetzung			
87. Zielüberprüfung			
88. Zielanpassung			
89. Zielbewertung			
90. Zielumsetzung			
91. Zielüberprüfung			
92. Zielanpassung			
93. Zielbewertung			
94. Zielumsetzung			
95. Zielüberprüfung			
96. Zielanpassung			
97. Zielbewertung			
98. Zielumsetzung			
99. Zielüberprüfung			
100. Zielanpassung			
101. Zielbewertung			
102. Zielumsetzung			
103. Zielüberprüfung			
104. Zielanpassung			
105. Zielbewertung			
106. Zielumsetzung			
107. Zielüberprüfung			
108. Zielanpassung			
109. Zielbewertung			
110. Zielumsetzung			
111. Zielüberprüfung			
112. Zielanpassung			
113. Zielbewertung			
114. Zielumsetzung			
115. Zielüberprüfung			
116. Zielanpassung			
117. Zielbewertung			
118. Zielumsetzung			

Datum

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

[illegible]

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Versorgungsrelevantes Dekubitusrisiko des Kindes

Risikoerhebung rehaKIND (in Anlehnung an Erhebungsbögen BVMed)

Besonderheiten:

Bitte ermitteln Sie das Dekubitusrisiko anhand der

Risikoerhebung rehaKIND bei Kindern von 0 – 6 Jahren

Risikoerhebung rehaKIND bei Kindern ab 6 Jahren

Risikoerhebung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

(Download unter www.rehakind.com.)

Gesamtergebnis Score nach Braden _____

Somit liegt folgendes Risikoergebnis vor:

Geringes Risiko

Mittleres Risiko

Hohes Risiko

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

6. Anforderungen an die Ausstattung

Ganzkörperlagerung
 Teilkörperlagerung
 Spezielles Sitzkissen
 Spezielles Rückenkissen
 Weichlagerungsauflage oder -matratze
 Auflage zur intermittierenden Entlastung
 Spezieller Wirkmechanismus
 (z.B. Weichlagerung, Microstimulation, etc.)

Größe der Liegefläche

Sonstiges

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
 Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
 zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	---------	---------------

vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	---------	---------------

Einweisung:

erfolgt	nicht erfolgt
---------	---------------

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 14 Beatmung

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

Pflegeeinrichtung

Wohngruppe/
Intensivpflege

Häuslichkeit
mit Pflegedienst

ohne Pflegedienst

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

Bestehende Atemsituation

Spontanatmung möglich für _____ Std.

Unterstützte Beatmung (CPAP/PSV) möglich für _____ Std.

Kontrollierte Beatmung (PCV) notwendig für _____ Std.

Sauerstoffbedarf

bei Spontanatmung _____ L/Min

unter Beatmung _____ L/Min

Mobilität mit dem Beatmungsgerät _____ h/tgl.

Bemerkung: _____

Beatmungszugang

Maske

Nasenmaske

FF-Maske

Individualmaske

Sonstiges

Trachealkanüle

Typ

Größe

Cuff

Phonationsöffnung

Versorgungsvorschlag: _____

Atemgasbefeuchtung:

aktiv

passiv

Inhalationstherapie

mit:

Häufigkeit:

1. _____

2. _____

5. Zielsetzung der Versorgung (PG 14)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

Körperfunktionen und -strukturen

Stabilisierung der Vitalfunktion Atmung
Entlastung der Atemmuskulatur
Verbesserung der Schlafqualität
Verbesserung / Stabilisierung der allgemeinen Belastbarkeit
Förderung der körperlichen Entwicklung
Spontanatmung für _____ Std. täglich

Aktivitäten und Teilhabe

Ermöglichen von Wohlbefinden
Kommunikation schaffen/ausbauen
Teilhabe an allg. Schulpflicht
Teilhabe am sozialen Leben (Familie, Bildungseinrichtungen, soz. Gemeinschaft)
Schaffen von Mobilität
Sonstiges

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

6. Anforderungen an die Ausstattung

Beatmungsgerät

Lebenserhaltend
 nicht Lebenserhaltend
 Zweitgerät
 Internem Akku
 externer Akku
 mehrere Profile einstellbar Anzahl: 2 3 4
 Volumensicherung
 zugelassen ab _____ kg / _____ ml/AZV
 Home Adjust
 Transporttasche
 Sonstiges

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
 Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
 zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Setting

Doppelschlauch
 Einschlauch-Ventilsystem
 Leckageschlauchsystem
 Durchmesser: _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Interface

Nasenmaske
 FF-Maske
 Individualmaske
 Kanüle _____
 Sonstiges _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Sonstiges

Beatmungsanbau am Rollstuhl / Kinderwagen
 Beatmungsrucksack / -Tasche
 Aktive Befeuchtung Gerätetyp _____
 Funktionswagen

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	---------	---------------

vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	---------	---------------

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 15 Inkontinenzhilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung	Folgeversorgung	Umversorgung
Blasenfunktionsstörung	Darmfunktionsstörung	

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich	Institution	außer Haus	im Haus
--------------------	-------------	------------	---------

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Besonderheiten: _____

Allergien: ☐ nein ☐ ja: _____

Medikamente zu Behandlung der Blasen- und Darmfunktionsstörung? keine

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)
Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

- Erreichen von Kontinenz
- Ermöglichen von selbständiger Blasen- und Darmentleerung
- Vermeidung von Hautschäden
- Vermeidung von Harnwegsinfekten
- Vermeidung von Verstopfung/Rückstau des Darminhaltes

Teilhabe an möglichst uneingeschränkten familiären und gesellschaftlichen Aktivitäten

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

[illegible]

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielerreichung			

[illegible]

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

**Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.**

[illegible][illegible]

7. Notwendige Besonderheiten

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam (falls möglich mit HMV-Nr.)

Begründung des Einzelproduktes:

HMV-Nr: _____

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 16 Hilfsmittel für Kommunikation und Information

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

3. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

Bestehende Kommunikation beim Kind:

Mimik

Gesten / Handzeichen

Symboltafel

Einwortäußerung

Lautieren

Gebärden (z.B. DGS, GuK,
Schau doch meine Hände an...)

Buchstabentafel

Mehrwortäußerung

Lautsprache

Symbole

Schreiben

Mögliche Ansteuerung:

direkte Ansteuerung

Scanning

Maus / Joystick

Tastatur

Augen

Fingerführaster

4. Zielsetzung der Versorgung (PG 16)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

1. Ausgleich einer körperlichen Beeinträchtigung durch angemessene Ansteuerung

Hilfsmittel direkt ansteuern (z.B. mit Fingerführung, Kopfmus, Augensteuerung)

Hilfsmittel indirekt ansteuern (z.B. im Scanning)

2. Orientierung im Alltag und in der Kommunikation

Orientierung in Räumen, bei Personen, in der Zeit, für Handlungsabläufe, für Verhaltensweisen (z.B. Konsequenzpläne)

3. Handlungen/Kommunikation eigenständig initiieren / Handlungsurheber sein

Ursache-Wirkungs-Prinzip (Grundlage jeglicher Kommunikation) erwerben /festigen

Beziehungen gestalten und Dialoge aufbauen (wechselseitig Handeln, Turn/Taking, im Gruppengeschehen bestimmen)

4. Soziale Kontakte fördern / Teilhabe, Inklusion in der Gruppe

von Erlebnissen berichten (z.B. vom Schultag)

Handlungen steuern (z.B. beim Bäcker bestellen)

Aufgaben ausführen (Dienste übernehmen, Ansagen machen, Mitschüler auswählen)

5. Vokabular/Themen eigenständig auswählen

Gezielt auswählen (z.B. Lebensmittel, Spielsachen)

Mehrwortaussagen bilden, Spracherwerb ausbauen (z.B. mit Einzelwortstrategien)

sich komplex mitteilen, angemessen großes Vokabular nutzen

Kommunikation über Schriftsprache tätigen, Schriftspracherwerb ausbauen

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

5. Anforderungen an die Ausstattung

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

Gerät:

Sprachausgabe	vorhanden	passend	nachzubessern
Schrifteingabe	vorhanden	passend	nachzubessern
Symboleingabe	vorhanden	passend	nachzubessern
Umfeldsteuerung	vorhanden	passend	nachzubessern
Bildschirmtastatur	vorhanden	passend	nachzubessern
Sonstige Tastatur:	vorhanden	passend	nachzubessern

Vokabular / Inhalt:

Vokabelstrategie	vorhanden	passend	nachzubessern
individuelle Erweiterung des Vokabulars	vorhanden	passend	nachzubessern
Rasterstruktur (z.B. 3 x 3 Felder pro Seite)	vorhanden	passend	nachzubessern
freie Struktur (z.B. mit Szenenbildern / Fotos)	vorhanden	passend	nachzubessern
Förderung des Schriftspracherwerbs	vorhanden	passend	nachzubessern

Zubehör:

Halterung (z.B. für Rollstuhl, Tisch, Rollständer)	vorhanden	passend	nachzubessern
Tasche	vorhanden	passend	nachzubessern
Tragesystem	vorhanden	passend	nachzubessern
Sensoren / Taster, externe Maus etc.	vorhanden	passend	nachzubessern
Sonstiges	vorhanden	passend	nachzubessern

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

6. Notwendige Besonderheiten

Begründung

7. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam (falls möglich mit HMV-Nr.)

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 18 Krankenfahrzeuge

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

5. Zielsetzung der Versorgung (PG 18)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen. Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

Körperfunktionen und -strukturen

Ermöglichen einer stabilen, sicheren und physiologischen Sitzposition

Verbesserung der Haltungskontrolle im Sitzen

Kräftigung der Arm- und Schultergürtelmuskulatur durch selbstständiges Fortbewegen

Verbesserung von Vitalfunktion (HerzKreislauf, Atmung, Verdauung)

Aktivitäten und Teilhabe

Schaffung einer Möglichkeit zu selbständiger Fortbewegung

Förderung der Selbstständigkeit im Alltag

Verbesserung der visuellen Orientierung zum Erkunden der Umwelt

Sichere Beförderung außer Haus (z.B. Arzt/Klinikbesuche)

Teilhabe am organisierten sozialen Leben innerhalb der Familie sowie anderen sozialen Gemeinschaften und Bildungseinrichtungen

Erweiterung des Lebensradius von Eltern und Kind durch gemeinsame Aktivitäten

Teilhabe am Sportunterricht im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschreiben Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

Datum der Auslieferung: _____

Bemerkungen:

Therapieräder und Fahrräder findet man in der PG 22

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 19 Krankenpflegeartikel / Behindertengerechte Betten

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Internat/Wohnheim

Besonderheiten: _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

Datum der Auslieferung: _____

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 20 Lagerungshilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

Besonderheiten: _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)
Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

- Vermeidung/Aufhalten von Sekundärschäden
- Postoperative Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und -stabilisierung
- Ermöglichung einer stabilen sicheren, physiologischeren Lagerung
- Ermöglichung einer schmerzfreien Lagerung
- Beeinflussung der muskulären Spannungsverhältnisse

Verbesserung des aktiven Einsatzes der Arme und Hände
Teilhabe am familiären Leben bzw. an Aktivitäten in der Einrichtung

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumkehr			
7. Zielumkehr			
8. Zielumkehr			
9. Zielumkehr			
10. Zielumkehr			
11. Zielumkehr			
12. Zielumkehr			
13. Zielumkehr			
14. Zielumkehr			
15. Zielumkehr			
16. Zielumkehr			
17. Zielumkehr			
18. Zielumkehr			
19. Zielumkehr			
20. Zielumkehr			
21. Zielumkehr			
22. Zielumkehr			
23. Zielumkehr			
24. Zielumkehr			
25. Zielumkehr			
26. Zielumkehr			
27. Zielumkehr			
28. Zielumkehr			
29. Zielumkehr			
30. Zielumkehr			
31. Zielumkehr			
32. Zielumkehr			
33. Zielumkehr			
34. Zielumkehr			
35. Zielumkehr			
36. Zielumkehr			
37. Zielumkehr			
38. Zielumkehr			
39. Zielumkehr			
40. Zielumkehr			
41. Zielumkehr			
42. Zielumkehr			
43. Zielumkehr			
44. Zielumkehr			
45. Zielumkehr			
46. Zielumkehr			
47. Zielumkehr			
48. Zielumkehr			
49. Zielumkehr			
50. Zielumkehr			
51. Zielumkehr			
52. Zielumkehr			
53. Zielumkehr			
54. Zielumkehr			
55. Zielumkehr			
56. Zielumkehr			
57. Zielumkehr			
58. Zielumkehr			
59. Zielumkehr			
60. Zielumkehr			
61. Zielumkehr			
62. Zielumkehr			
63. Zielumkehr			
64. Zielumkehr			
65. Zielumkehr			
66. Zielumkehr			
67. Zielumkehr			
68. Zielumkehr			
69. Zielumkehr			
70. Zielumkehr			
71. Zielumkehr			
72. Zielumkehr			
73. Zielumkehr			
74. Zielumkehr			
75. Zielumkehr			
76. Zielumkehr			
77. Zielumkehr			
78. Zielumkehr			
79. Zielumkehr			
80. Zielumkehr			
81. Zielumkehr			
82. Zielumkehr			
83. Zielumkehr			
84. Zielumkehr			
85. Zielumkehr			
86. Zielumkehr			
87. Zielumkehr			
88. Zielumkehr			
89. Zielumkehr			
90. Zielumkehr			
91. Zielumkehr			
92. Zielumkehr			
93. Zielumkehr			
94. Zielumkehr			
95. Zielumkehr			
96. Zielumkehr			
97. Zielumkehr			
98. Zielumkehr			
99. Zielumkehr			
100. Zielumkehr			

Datum

Datum der Auslieferung: _____

nachzubessern

nachzubessern

nachzubessern

nachzubessern

nachzubessern

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 22 Mobilitätshilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung Folgeversorgung Zweitversorgung Umversorgung

Anlass: _____

- * **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.
- * **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.
- * **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel
- * **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich Institution außer Haus im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

5. Zielsetzung der Versorgung (PG 22)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.

Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw.

Betreuer des Kindes verantwortlich.

Körperfunktionen und -strukturen

Verbesserung der Körperkoordination

Erreichung einer besseren Gelenkbeweglichkeit

Verbesserung der Vitalfunktionen
(HerzKreislauf, Atmung, Verdauung)

Kräftigung der Beinmuskulatur

Ermöglichung unterschiedlicher Liege-/Sitzpositionen

Verbesserung des Gangbildes durch alternierende Bewegungen

Entlastung für die Pflegeperson / Vermeidung von Schädigungen der Köfu und -strukturen durch Überlastung

Aktivitäten und Teilhabe

Teilhabe am familiären Leben bzw. an Aktivitäten in der Einrichtung

Soziale Integration unter Gleichaltrigen

Sichere, möglichst uneingeschränkte Fortbewegung/Beförderung

Verbesserung der selbständigen Fortbewegung

Bessere Orientierung bzw. Beobachtung des Umfeldes

Erleichterung von Transfer für alltagsrelevante Aktivitäten

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschreiben Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

6. Anforderungen an die Ausstattung

Umsetz- und Hebehilfen

Drehscheibe

Positionswechselhilfe

Umlager/Wendehilfe

Rutschbrett

Lifter

Lifter zusammenklappbar

benötigte Gurte am Lifter:

Rampensysteme

teleskopierbare Rampen

Therapierad mit Stützrädern

Dreirad

tiefer Einstieg

Starrer Zahnkranz

entkoppelbar

3-Gang-Schaltung

7-Gang-Schaltung

Spezielle Sattelform

Rücken- oder Beckenpelotte

Schiebestange

lenkbar

Feststellbremse für Begleitperson

Spezielle Lenkerform:

Fußhalterungen

Kurbelverkürzer

Elektroantrieb zur Kraftunterstützung

Sonstiges

Bitte beachten:

Vorspannräder/Handbikes findet man in der PG 18

NAME / VORNAME DES KINDES:

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Bemerkungen:

Anpassbogen ist beigelegt

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 23 Orthesen / Schienen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzbereiche die mit Orthesen/Schienen versorgt werden

Lagerungsorthese

Funktionsorthese

Liegen

Sitzen

Stehen

Gehen

Körperteile: _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant / bekannt)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante Operationen (Art, Zeitpunkt): _____

b) spezifische medikamentöse Therapien: _____

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw.
Betreuer des Kindes verantwortlich.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Datum

6. Funktionelle Anforderungen an die Ausstattung

vorhanden / passend / nachzubessern

links	rechts	Funktionelle Anforderungen	vorh.	pass.	nachb.
		Zehen			
		Vorfuß			
		Rückfuß			
		USG			
		OSG			
		Unterschenkel			
		Kniegelenk			
		Oberschenkel			
		Hüftgelenk			
		Becken			
		LWS			
		BWS			
		HWS			
		Kopf			
		Daumen			
		Finger			
		Mittelhand			
		Handgelenk			
		Ellenbogengelenk			
		Unterarm			
		Oberarm			
		Schultergelenk			

Spezifische Anforderungen z. B. an Stabilisierung, Bewegung ausmaß, Korrekturwirkung und Gewicht der Versorgung sind (soweit erforderlich) unter den einzelnen Regionen zu beschreiben. Weitere Angaben zu konstruktiven Merkmalen, Einzelprodukten etc. bitte unter Punkt 8 beschreiben.

Gesonderte Bemerkungen oder Begründungen als separate Anlage beigefügt.

NAME / VORNAME DES KINDES:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

7. Notwendige Besonderheiten / Ergänzungen zu den funktionellen Anforderungen aus Punkt 6

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 26 Sitzhilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)
Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

Haltungskontrolle von Rumpf und / oder Kopf verbessern
Sekundärschäden vermeiden oder aufhalten
(z.B. Deformitäten von Knochen, Sehnen)

- sicheres, stabiles, physiologisches Sitzen ermöglichen
- Verbesserung des aktiven Einsatzes der Arme u. Hände
- Aufrechter Sitz soll über _____ Minuten gehalten werden
- Die Nahrungsaufnahme soll verbessert/ erleichtert werden
- Bessere visuelle Orientierung im Raum bzw. Beobachtung des Umfeldes
- Erweiterung des Lebensradius von Familie und Kind
- Teilhabe am familiären Leben, an Aktivitäten in der Einrichtung
- sichere, möglichst uneingeschränkte Beförderung innerhalb oder außerhalb des Hauses

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
----------------	------	-----------	-------

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielerreichung			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielerreichung			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumsetzung			
7. Zielüberprüfung			
8. Zielanpassung			
9. Zielbewertung			
10. Zielumsetzung			
11. Zielüberprüfung			
12. Zielanpassung			
13. Zielbewertung			
14. Zielumsetzung			
15. Zielüberprüfung			
16. Zielanpassung			
17. Zielbewertung			
18. Zielumsetzung			
19. Zielüberprüfung			
20. Zielanpassung			
21. Zielbewertung			
22. Zielumsetzung			
23. Zielüberprüfung			
24. Zielanpassung			
25. Zielbewertung			
26. Zielumsetzung			
27. Zielüberprüfung			
28. Zielanpassung			
29. Zielbewertung			
30. Zielumsetzung			
31. Zielüberprüfung			
32. Zielanpassung			
33. Zielbewertung			
34. Zielumsetzung			
35. Zielüberprüfung			
36. Zielanpassung			
37. Zielbewertung			
38. Zielumsetzung			
39. Zielüberprüfung			
40. Zielanpassung			
41. Zielbewertung			
42. Zielumsetzung			
43. Zielüberprüfung			
44. Zielanpassung			
45. Zielbewertung			
46. Zielumsetzung			
47. Zielüberprüfung			
48. Zielanpassung			
49. Zielbewertung			
50. Zielumsetzung			
51. Zielüberprüfung			
52. Zielanpassung			
53. Zielbewertung			
54. Zielumsetzung			
55. Zielüberprüfung			
56. Zielanpassung			
57. Zielbewertung			
58. Zielumsetzung			
59. Zielüberprüfung			
60. Zielanpassung			
61. Zielbewertung			
62. Zielumsetzung			
63. Zielüberprüfung			
64. Zielanpassung			
65. Zielbewertung			
66. Zielumsetzung			
67. Zielüberprüfung			
68. Zielanpassung			
69. Zielbewertung			
70. Zielumsetzung			
71. Zielüberprüfung			
72. Zielanpassung			
73. Zielbewertung			
74. Zielumsetzung			
75. Zielüberprüfung			
76. Zielanpassung			
77. Zielbewertung			
78. Zielumsetzung			
79. Zielüberprüfung			
80. Zielanpassung			
81. Zielbewertung			
82. Zielumsetzung			
83. Zielüberprüfung			
84. Zielanpassung			
85. Zielbewertung			
86. Zielumsetzung			
87. Zielüberprüfung			
88. Zielanpassung			
89. Zielbewertung			
90. Zielumsetzung			
91. Zielüberprüfung			
92. Zielanpassung			
93. Zielbewertung			
94. Zielumsetzung			
95. Zielüberprüfung			
96. Zielanpassung			
97. Zielbewertung			
98. Zielumsetzung			
99. Zielüberprüfung			
100. Zielanpassung			
101. Zielbewertung			
102. Zielumsetzung			
103. Zielüberprüfung			
104. Zielanpassung			
105. Zielbewertung			
106. Zielumsetzung			
107. Zielüberprüfung			
108. Zielanpassung			
109. Zielbewertung			
110. Zielumsetzung			
111. Zielüberprüfung			
112. Zielanpassung			
113. Zielbewertung			
114. Zielumsetzung			
115. Zielüberprüfung			
116. Zielanpassung			
117. Zielbewertung			
118. Zielumsetzung			

Datum

6. Anforderungen an die Ausstattung

Sitzsystem:

Therapiestuhl	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzschale vorkonfektioniert	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzschale individuell nach Maß nach Formabdruck	vorhanden	passend	nachzubessern
Dynamisches Sitzsystem	vorhanden	passend	nachzubessern
Kinder- Sitzsystem für Rollstuhl	vorhanden	passend	nachzubessern
Autositz	vorhanden	passend	nachzubessern
Sonstiges:	vorhanden	passend	nachzubessern

Zubehör:

Kopfstütze	vorhanden	passend	nachzubessern
Becken- Lendenanstützung	vorhanden	passend	nachzubessern
Anatomisch angeformter Sitz	vorhanden	passend	nachzubessern
Thoraxpelotten	vorhanden	passend	nachzubessern
Begurtung Becken	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußbrett	vorhanden	passend	nachzubessern
Begurtung Füße	vorhanden	passend	nachzubessern
Ab-/Adduktionsführung	vorhanden	passend	nachzubessern
Armlehnen	vorhanden	passend	nachzubessern
Therapietisch	vorhanden	passend	nachzubessern
Oberarmführung	vorhanden	passend	nachzubessern
Begurtung Oberkörper	vorhanden	passend	nachzubessern
Sonstiges:	vorhanden	passend	nachzubessern

Untergestell:

Fahrgestell für den Innenraum	vorhanden	passend	nachzubessern
Fahrgestell für den Außenbereich	vorhanden	passend	nachzubessern
Fahrgestell für den Innen- und Außenbereich	vorhanden	passend	nachzubessern
Fahrgestell mit Greifreifen	vorhanden	passend	nachzubessern
Buggy-/ Rehakarren-Untergestell	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzhöhenverstellung (von _____ bis _____)	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzkantelung	vorhanden	passend	nachzubessern
Schiebegriffe	vorhanden	passend	nachzubessern
Sonstiges:	vorhanden	passend	nachzubessern

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

Anpassbogen ist beigelegt

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 28 Stehhilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

Besonderheiten: _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)
Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

- Verbesserung der Gewichtsübernahme auf beide Beine
- Verbesserung der Haltungskontrolle
- Aktivierung des Längenwachstums der Knochen
- Prävention von Sekundärschäden (Kontrakturen, Inaktivitätsosteoporose, Gelenkfehlbildungen)
- Entgegenwirken von Haltungsasymmetrie und Wirbelsäulendeformitäten
- Aktivierung der Vitalfunktionen

- Ermöglichung von sicherem, stabilem und physiologischen Stehen
- Verbesserung der aktiven Rumpfkontrolle
- Verbesserung der Kopfkontrolle
- Mehr Selbstständigkeit durch aktives Fortbewegen im Stehen
- Erweitern des Aktionsradius
- Bessere Orientierung und Beobachtung im Raum
- Ermöglichung einer altersgerechten Wahrnehmungsebene
- Teilhabe am fam. Leben bzw. Aktivitäten in der Einrichtung

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

[illegible][illegible]

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Datum

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

Vertikales Stehgerät	vorhanden	passend	nachzubessern
Dynamisches Stehgerät	vorhanden	passend	nachzubessern
Schrägliege Stehgerät	vorhanden	passend	nachzubessern
Stehgerät aus Bauchlage	vorhanden	passend	nachzubessern
Stehgerät aus Rückenlage	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitz- Stehgerät	vorhanden	passend	nachzubessern
Stehfahrer	vorhanden	passend	nachzubessern

Zubehör:

Gesäßpelotte	vorhanden	passend	nachzubessern
Beckenpelotte	vorhanden	passend	nachzubessern
Spinenpelotte	vorhanden	passend	nachzubessern
Thoraxpelotte	vorhanden	passend	nachzubessern
Rückenpelotte	vorhanden	passend	nachzubessern
Brustpelotte	vorhanden	passend	nachzubessern
Kniepelotten	vorhanden	passend	nachzubessern
Einzel verstellbar in 3 Ebenen	vorhanden	passend	nachzubessern
Anatomisch geformt	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußplatte	vorhanden	passend	nachzubessern
Höhen- tiefen- winkelverstellbar	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußplatte geteilt/einzeln höhen-tiefen und winkelverstellbar	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußschalen	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußfixierung	vorhanden	passend	nachzubessern
Kopfstütze	vorhanden	passend	nachzubessern
Elektrische Neigungsverstellung	vorhanden	passend	nachzubessern
Elektrische Gurtaufrollvorrichtung	vorhanden	passend	nachzubessern
Therapietisch	vorhanden	passend	nachzubessern
Kleine Transportrollen	vorhanden	passend	nachzubessern
Sonstiges	vorhanden	passend	nachzubessern

Bemerkungen:

[illegible]

NAME / VORNAME DES KINDES:

Anpassbogen ist beigefügt

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 32 Therapeutische Bewegungsgeräte

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten: _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)
Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

Verbesserung der Beweglichkeit von Beinen Armen

Vermeidung / Aufhalten von Sekundärschäden
(z.B. Deformitäten von Knochen, Sehnen und Muskeln)

Verbesserung von Vitalfunktion
(Herz-Kreislauf, Atmung, Verdauung)

Reduktion von Pathologischem Bewegungsmuster

Muskelkräftigung

Beine Arme

Regulierung der Muskelspannung / Tonus

Verbesserung der Möglichkeiten zum selbständigen Gehen
Verbesserung der Handlungsmöglichkeiten mit Armen und
Händen

Sonstiges (individuelle SMART-Ziele)

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
----------------	------	-----------	-------

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumsetzung			
7. Zielüberprüfung			
8. Zielanpassung			
9. Zielbewertung			
10. Zielumsetzung			
11. Zielüberprüfung			
12. Zielanpassung			
13. Zielbewertung			
14. Zielumsetzung			
15. Zielüberprüfung			
16. Zielanpassung			
17. Zielbewertung			
18. Zielumsetzung			
19. Zielüberprüfung			
20. Zielanpassung			
21. Zielbewertung			
22. Zielumsetzung			
23. Zielüberprüfung			
24. Zielanpassung			
25. Zielbewertung			
26. Zielumsetzung			
27. Zielüberprüfung			
28. Zielanpassung			
29. Zielbewertung			
30. Zielumsetzung			
31. Zielüberprüfung			
32. Zielanpassung			
33. Zielbewertung			
34. Zielumsetzung			
35. Zielüberprüfung			
36. Zielanpassung			
37. Zielbewertung			
38. Zielumsetzung			
39. Zielüberprüfung			
40. Zielanpassung			
41. Zielbewertung			
42. Zielumsetzung			
43. Zielüberprüfung			
44. Zielanpassung			
45. Zielbewertung			
46. Zielumsetzung			
47. Zielüberprüfung			
48. Zielanpassung			
49. Zielbewertung			
50. Zielumsetzung			
51. Zielüberprüfung			
52. Zielanpassung			
53. Zielbewertung			
54. Zielumsetzung			
55. Zielüberprüfung			
56. Zielanpassung			
57. Zielbewertung			
58. Zielumsetzung			
59. Zielüberprüfung			
60. Zielanpassung			
61. Zielbewertung			
62. Zielumsetzung			
63. Zielüberprüfung			
64. Zielanpassung			
65. Zielbewertung			
66. Zielumsetzung			
67. Zielüberprüfung			
68. Zielanpassung			
69. Zielbewertung			
70. Zielumsetzung			
71. Zielüberprüfung			
72. Zielanpassung			
73. Zielbewertung			
74. Zielumsetzung			
75. Zielüberprüfung			
76. Zielanpassung			
77. Zielbewertung			
78. Zielumsetzung			
79. Zielüberprüfung			
80. Zielanpassung			
81. Zielbewertung			
82. Zielumsetzung			
83. Zielüberprüfung			
84. Zielanpassung			
85. Zielbewertung			
86. Zielumsetzung			
87. Zielüberprüfung			
88. Zielanpassung			
89. Zielbewertung			
90. Zielumsetzung			
91. Zielüberprüfung			
92. Zielanpassung			
93. Zielbewertung			
94. Zielumsetzung			
95. Zielüberprüfung			
96. Zielanpassung			
97. Zielbewertung			
98. Zielumsetzung			
99. Zielüberprüfung			
100. Zielanpassung			
101. Zielbewertung			
102. Zielumsetzung			
103. Zielüberprüfung			
104. Zielanpassung			
105. Zielbewertung			
106. Zielumsetzung			
107. Zielüberprüfung			
108. Zielanpassung			
109. Zielbewertung			
110. Zielumsetzung			
111. Zielüberprüfung			
112. Zielanpassung			
113. Zielbewertung			
114. Zielumsetzung			
115. Zielüberprüfung			
116. Zielanpassung			
117. Zielbewertung			
118. Zielumsetzung			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
----------------	------	-----------	-------

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
----------------	------	-----------	-------

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
----------------	------	-----------	-------

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
----------------	------	-----------	-------

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumkehr			
7. Zielumkehr			
8. Zielumkehr			
9. Zielumkehr			
10. Zielumkehr			
11. Zielumkehr			
12. Zielumkehr			
13. Zielumkehr			
14. Zielumkehr			
15. Zielumkehr			
16. Zielumkehr			
17. Zielumkehr			
18. Zielumkehr			
19. Zielumkehr			
20. Zielumkehr			
21. Zielumkehr			
22. Zielumkehr			
23. Zielumkehr			
24. Zielumkehr			
25. Zielumkehr			
26. Zielumkehr			
27. Zielumkehr			
28. Zielumkehr			
29. Zielumkehr			
30. Zielumkehr			
31. Zielumkehr			
32. Zielumkehr			
33. Zielumkehr			
34. Zielumkehr			
35. Zielumkehr			
36. Zielumkehr			
37. Zielumkehr			
38. Zielumkehr			
39. Zielumkehr			
40. Zielumkehr			
41. Zielumkehr			
42. Zielumkehr			
43. Zielumkehr			
44. Zielumkehr			
45. Zielumkehr			
46. Zielumkehr			
47. Zielumkehr			
48. Zielumkehr			
49. Zielumkehr			
50. Zielumkehr			
51. Zielumkehr			
52. Zielumkehr			
53. Zielumkehr			
54. Zielumkehr			
55. Zielumkehr			
56. Zielumkehr			
57. Zielumkehr			
58. Zielumkehr			
59. Zielumkehr			
60. Zielumkehr			
61. Zielumkehr			
62. Zielumkehr			
63. Zielumkehr			
64. Zielumkehr			
65. Zielumkehr			
66. Zielumkehr			
67. Zielumkehr			
68. Zielumkehr			
69. Zielumkehr			
70. Zielumkehr			
71. Zielumkehr			
72. Zielumkehr			
73. Zielumkehr			
74. Zielumkehr			
75. Zielumkehr			
76. Zielumkehr			
77. Zielumkehr			
78. Zielumkehr			
79. Zielumkehr			
80. Zielumkehr			
81. Zielumkehr			
82. Zielumkehr			
83. Zielumkehr			
84. Zielumkehr			
85. Zielumkehr			
86. Zielumkehr			
87. Zielumkehr			
88. Zielumkehr			
89. Zielumkehr			
90. Zielumkehr			
91. Zielumkehr			
92. Zielumkehr			
93. Zielumkehr			
94. Zielumkehr			
95. Zielumkehr			
96. Zielumkehr			
97. Zielumkehr			
98. Zielumkehr			
99. Zielumkehr			
100. Zielumkehr			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumsetzung			
7. Zielüberprüfung			
8. Zielanpassung			
9. Zielbewertung			
10. Zielumsetzung			
11. Zielüberprüfung			
12. Zielanpassung			
13. Zielbewertung			
14. Zielumsetzung			
15. Zielüberprüfung			
16. Zielanpassung			
17. Zielbewertung			
18. Zielumsetzung			
19. Zielüberprüfung			
20. Zielanpassung			
21. Zielbewertung			
22. Zielumsetzung			
23. Zielüberprüfung			
24. Zielanpassung			
25. Zielbewertung			
26. Zielumsetzung			
27. Zielüberprüfung			
28. Zielanpassung			
29. Zielbewertung			
30. Zielumsetzung			
31. Zielüberprüfung			
32. Zielanpassung			
33. Zielbewertung			
34. Zielumsetzung			
35. Zielüberprüfung			
36. Zielanpassung			
37. Zielbewertung			
38. Zielumsetzung			
39. Zielüberprüfung			
40. Zielanpassung			
41. Zielbewertung			
42. Zielumsetzung			
43. Zielüberprüfung			
44. Zielanpassung			
45. Zielbewertung			
46. Zielumsetzung			
47. Zielüberprüfung			
48. Zielanpassung			
49. Zielbewertung			
50. Zielumsetzung			
51. Zielüberprüfung			
52. Zielanpassung			
53. Zielbewertung			
54. Zielumsetzung			
55. Zielüberprüfung			
56. Zielanpassung			
57. Zielbewertung			
58. Zielumsetzung			
59. Zielüberprüfung			
60. Zielanpassung			
61. Zielbewertung			
62. Zielumsetzung			
63. Zielüberprüfung			
64. Zielanpassung			
65. Zielbewertung			
66. Zielumsetzung			
67. Zielüberprüfung			
68. Zielanpassung			
69. Zielbewertung			
70. Zielumsetzung			
71. Zielüberprüfung			
72. Zielanpassung			
73. Zielbewertung			
74. Zielumsetzung			
75. Zielüberprüfung			
76. Zielanpassung			
77. Zielbewertung			
78. Zielumsetzung			
79. Zielüberprüfung			
80. Zielanpassung			
81. Zielbewertung			
82. Zielumsetzung			
83. Zielüberprüfung			
84. Zielanpassung			
85. Zielbewertung			
86. Zielumsetzung			
87. Zielüberprüfung			
88. Zielanpassung			
89. Zielbewertung			
90. Zielumsetzung			
91. Zielüberprüfung			
92. Zielanpassung			
93. Zielbewertung			
94. Zielumsetzung			
95. Zielüberprüfung			
96. Zielanpassung			
97. Zielbewertung			
98. Zielumsetzung			
99. Zielüberprüfung			
100. Zielanpassung			
101. Zielbewertung			
102. Zielumsetzung			
103. Zielüberprüfung			
104. Zielanpassung			
105. Zielbewertung			
106. Zielumsetzung			
107. Zielüberprüfung			
108. Zielanpassung			
109. Zielbewertung			
110. Zielumsetzung			
111. Zielüberprüfung			
112. Zielanpassung			
113. Zielbewertung			
114. Zielumsetzung			
115. Zielüberprüfung			
116. Zielanpassung			
117. Zielbewertung			
118. Zielumsetzung			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielerreichung			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumkehr			
7. Zielumkehr			
8. Zielumkehr			
9. Zielumkehr			
10. Zielumkehr			
11. Zielumkehr			
12. Zielumkehr			
13. Zielumkehr			
14. Zielumkehr			
15. Zielumkehr			
16. Zielumkehr			
17. Zielumkehr			
18. Zielumkehr			
19. Zielumkehr			
20. Zielumkehr			
21. Zielumkehr			
22. Zielumkehr			
23. Zielumkehr			
24. Zielumkehr			
25. Zielumkehr			
26. Zielumkehr			
27. Zielumkehr			
28. Zielumkehr			
29. Zielumkehr			
30. Zielumkehr			
31. Zielumkehr			
32. Zielumkehr			
33. Zielumkehr			
34. Zielumkehr			
35. Zielumkehr			
36. Zielumkehr			
37. Zielumkehr			
38. Zielumkehr			
39. Zielumkehr			
40. Zielumkehr			
41. Zielumkehr			
42. Zielumkehr			
43. Zielumkehr			
44. Zielumkehr			
45. Zielumkehr			
46. Zielumkehr			
47. Zielumkehr			
48. Zielumkehr			
49. Zielumkehr			
50. Zielumkehr			
51. Zielumkehr			
52. Zielumkehr			
53. Zielumkehr			
54. Zielumkehr			
55. Zielumkehr			
56. Zielumkehr			
57. Zielumkehr			
58. Zielumkehr			
59. Zielumkehr			
60. Zielumkehr			
61. Zielumkehr			
62. Zielumkehr			
63. Zielumkehr			
64. Zielumkehr			
65. Zielumkehr			
66. Zielumkehr			
67. Zielumkehr			
68. Zielumkehr			
69. Zielumkehr			
70. Zielumkehr			
71. Zielumkehr			
72. Zielumkehr			
73. Zielumkehr			
74. Zielumkehr			
75. Zielumkehr			
76. Zielumkehr			
77. Zielumkehr			
78. Zielumkehr			
79. Zielumkehr			
80. Zielumkehr			
81. Zielumkehr			
82. Zielumkehr			
83. Zielumkehr			
84. Zielumkehr			
85. Zielumkehr			
86. Zielumkehr			
87. Zielumkehr			
88. Zielumkehr			
89. Zielumkehr			
90. Zielumkehr			
91. Zielumkehr			
92. Zielumkehr			
93. Zielumkehr			
94. Zielumkehr			
95. Zielumkehr			
96. Zielumkehr			
97. Zielumkehr			
98. Zielumkehr			
99. Zielumkehr			
100. Zielumkehr			

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
1. Zielsetzung			
2. Zielumsetzung			
3. Zielüberprüfung			
4. Zielanpassung			
5. Zielbewertung			
6. Zielumsetzung			
7. Zielüberprüfung			
8. Zielanpassung			
9. Zielbewertung			
10. Zielumsetzung			
11. Zielüberprüfung			
12. Zielanpassung			
13. Zielbewertung			
14. Zielumsetzung			
15. Zielüberprüfung			
16. Zielanpassung			
17. Zielbewertung			
18. Zielumsetzung			
19. Zielüberprüfung			
20. Zielanpassung			
21. Zielbewertung			
22. Zielumsetzung			
23. Zielüberprüfung			
24. Zielanpassung			
25. Zielbewertung			
26. Zielumsetzung			
27. Zielüberprüfung			
28. Zielanpassung			
29. Zielbewertung			
30. Zielumsetzung			
31. Zielüberprüfung			
32. Zielanpassung			
33. Zielbewertung			
34. Zielumsetzung			
35. Zielüberprüfung			
36. Zielanpassung			
37. Zielbewertung			
38. Zielumsetzung			
39. Zielüberprüfung			
40. Zielanpassung			
41. Zielbewertung			
42. Zielumsetzung			
43. Zielüberprüfung			
44. Zielanpassung			
45. Zielbewertung			
46. Zielumsetzung			
47. Zielüberprüfung			
48. Zielanpassung			
49. Zielbewertung			
50. Zielumsetzung			
51. Zielüberprüfung			
52. Zielanpassung			
53. Zielbewertung			
54. Zielumsetzung			
55. Zielüberprüfung			
56. Zielanpassung			
57. Zielbewertung			
58. Zielumsetzung			
59. Zielüberprüfung			
60. Zielanpassung			
61. Zielbewertung			
62. Zielumsetzung			
63. Zielüberprüfung			
64. Zielanpassung			
65. Zielbewertung			
66. Zielumsetzung			
67. Zielüberprüfung			
68. Zielanpassung			
69. Zielbewertung			
70. Zielumsetzung			
71. Zielüberprüfung			
72. Zielanpassung			
73. Zielbewertung			
74. Zielumsetzung			
75. Zielüberprüfung			
76. Zielanpassung			
77. Zielbewertung			
78. Zielumsetzung			
79. Zielüberprüfung			
80. Zielanpassung			
81. Zielbewertung			
82. Zielumsetzung			
83. Zielüberprüfung			
84. Zielanpassung			
85. Zielbewertung			
86. Zielumsetzung			
87. Zielüberprüfung			
88. Zielanpassung			
89. Zielbewertung			
90. Zielumsetzung			
91. Zielüberprüfung			
92. Zielanpassung			
93. Zielbewertung			
94. Zielumsetzung			
95. Zielüberprüfung			
96. Zielanpassung			
97. Zielbewertung			
98. Zielumsetzung			
99. Zielüberprüfung			
100. Zielanpassung			
101. Zielbewertung			
102. Zielumsetzung			
103. Zielüberprüfung			
104. Zielanpassung			
105. Zielbewertung			
106. Zielumsetzung			
107. Zielüberprüfung			
108. Zielanpassung			
109. Zielbewertung			
110. Zielumsetzung			
111. Zielüberprüfung			
112. Zielanpassung			
113. Zielbewertung			
114. Zielumsetzung			
115. Zielüberprüfung			
116. Zielanpassung			
117. Zielbewertung			
118. Zielumsetzung			

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

6. Anforderungen an die Ausstattung

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

Trainingsgerät für die untere Extremität mit:

Möglichkeit zum passiven Training/ durchbewegen

vorhanden

passend

nachzubessern

Möglichkeit zum assistiven Training mit eigener
Muskelkraft und Motorunterstützung

vorhanden

passend

nachzubessern

Möglichkeit zum aktiven Training mit eigener
Muskelkraft mit einstellbaren Schwierigkeitsstufen

vorhanden

passend

nachzubessern

Trainingsgerät für die obere Extremität mit:

Armtrainingsmöglichkeit

vorhanden

passend

nachzubessern

Sonstiges

vorhanden

passend

nachzubessern

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

Erprobungsbericht ist beigelegt

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)

B Produktbezogener Teil

PG 04 Badehilfen / PG 33 Toilettenhilfen

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung

Folgeversorgung

Zweitversorgung

Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

familiärer Bereich

Institution

außer Haus

im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

Falls Sie ein Maßblatt benötigen können Sie dieses unter
www.rehakind.com downloaden.

6. Anforderungen an die Ausstattung

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

Badeliege	vorhanden	passend	nachzubessern
Badesitz	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschhilfen	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschhocker	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschstuhl/-rollstuhl	vorhanden	passend	nachzubessern
Duschliege	vorhanden	passend	nachzubessern
Toilettensitz oder -stuhl	vorhanden	passend	nachzubessern
Badewannenlifter	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzlifter	vorhanden	passend	nachzubessern
Liegelifter	vorhanden	passend	nachzubessern
Sicherheitsgriff	vorhanden	passend	nachzubessern
Als Hilfsmittel für:	Dusche	Badewanne	

Zubehör:

_____mal Adapter zur Anbringung an die Toilette	vorhanden	passend	nachzubessern
Fahrgestell zum Fahren über die Toilette oder in die Dusche	vorhanden	passend	nachzubessern
Untergestell zur erhöhten Positionierung in der Badewanne	vorhanden	passend	nachzubessern
Fußstütze	vorhanden	passend	nachzubessern
Abduktionsführung	vorhanden	passend	nachzubessern
Sitzverkleinerungspolster	vorhanden	passend	nachzubessern
Beckengurt	vorhanden	passend	nachzubessern
Brustgurt	vorhanden	passend	nachzubessern
Thoraxpelotten	vorhanden	passend	nachzubessern
Weitere Oberkörperbegurtung	vorhanden	passend	nachzubessern
Hohe Rückenlehne	vorhanden	passend	nachzubessern
Kopfstütze	vorhanden	passend	nachzubessern
Möglichkeit zur Höhenverstellung	vorhanden	passend	nachzubessern
Folgende Polsterteile im Sonderbau	vorhanden	passend	nachzubessern

Sonstiges	vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	-----------	---------	---------------

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Stehbett/Steillagerungsbett)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)