

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)