

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, Kopfhaut, 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)