

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)