

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: _____

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 beigelegt.

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)