

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
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. Zielumkehr			
7. Zielüberprüfung			
8. Zielanpassung			
9. Zielbewertung			
10. Zielumkehr			

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)