

B Produktbezogener Teil

PG 28 Stehhilfen

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

Besonderheiten: _____

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.

- Verbesserung der Gewichtsübernahme auf beide Beine
- Verbesserung der Haltungskontrolle
- Aktivierung des Längenwachstums der Knochen
- Prävention von Sekundärschäden (Kontrakturen, Inaktivitätsosteoporose, Gelenkfehlbildungen)
- Entgegenwirken von Haltungsasymmetrie und Wirbelsäulendeformitäten
- Aktivierung der Vitalfunktionen

- Ermöglichung von sicherem, stabilem und physiologischen Stehen
- Verbesserung der aktiven Rumpfkontrolle
- Verbesserung der Kopfkontrolle
- Mehr Selbstständigkeit durch aktives Fortbewegen im Stehen
- Erweitern des Aktionsradius
- Bessere Orientierung und Beobachtung im Raum
- Ermöglichung einer altersgerechten Wahrnehmungsebene
- Teilhabe am fam. Leben bzw. Aktivitäten in der Einrichtung

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.

[illegible][illegible]

Erziehungsberechtigte / Betreuer _____

verantwortlicher Arzt / Therapeut _____

Datum

Datum der Auslieferung: _____

Zubehör:

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

Anpassbogen ist beigefügt

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)