

A Stuserhebung — Seite 1

Stammdaten für die zukünftigen Versorgungen.

Gemeinsam vom Therapeuten/Arzt/Eltern unter Einbeziehung des Leistungserbringers zu erheben

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Erziehungsberechtigter: Name _____ Vorname _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kostenträger: _____ Telefon: _____ KV-Nummer: _____

Diagnosen:**Name und Adresse des verordnenden Arztes:****Name/Art und Anschrift der Institutionen, die das Kind besucht oder bewohnt:****Begleitende therapeutische Maßnahmen/Heilmittel:****Physiotherapie:** _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Logopädie/Sprachtherapie: _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ergotherapie: _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Sonstige: _____ Name: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Welche umwelt- und/oder personbezogenen Kontextfaktoren müssen für die Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden?**Weitere Anlagen/Therapieberichte etc.****Röntgenbilder vorhanden:** ja nein

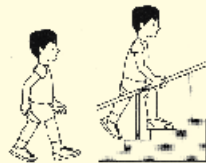
Körperregion 1 _____ Datum _____ Körperregion 2 _____ Datum _____

Einteilung des Behinderungsgrades in Anlehnung an das GMFCS (GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM)



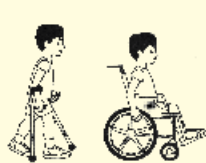
Stufe 1

Gehen ohne Einschränkung;
Einschränkung
der höheren
motorischen Fähigkeiten



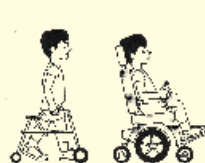
Stufe 2

Freies Gehen ohne Gehhilfen;
Einschränkung beim Gehen
außerhalb der Wohnung
und auf der Straße



Stufe 3

Gehen mit Gehhilfen;
Einschränkung beim Gehen
außerhalb der Wohnung
und auf der Straße



Stufe 4

selbstständige Fortbewegung
eingeschränkt; Kinder werden
geschoben o. benutzen E-Rollstuhl
für draußen auf der Straße



Stufe 5

selbstständige Fortbewegung
selbst mit
elektrischen Hilfsmitteln
stark eingeschränkt

Abbildungen entnommen mit frdl. Genehmigung dem Band „GMFM und GMFCS - Messung und Klassifikation motorischer Funktionen“, Dianne Russel u.a., Verlag Hans Huber, CH-Bern, Abb. Prof. Kerr Graham/Melbourne/Australia.

Körperfunktionen- /strukturen und Aktivitäten-Teilhabe (nach ICF)

0 1 2 3 4 Abweichung von der „Norm“

KÖRPERFUNKTIONEN:	0	1	2	3	4
Mentale Funktionen					
Bewusstsein					
Orientierung					
Sinnesfunktionen und Schmerz					
Sehen					
Hören					
Schmerz empfinden					
Funktionen des kardiovaskulären Systems					
Herzfunktion					
Atemfunktion					
Funktionen des Verdauungssystems					
Neuromuskuläre und bewegungsbezogene Faktoren					
Gelenkbeweglichkeit:	0	1	2	3	4
Wirbelsäule					
Schulter					
Ellenbogen					
Hand					
Hüfte					
Knie					
Fuß					
Sonstige					
Muskeltonus					
Muskelkraft					
Funktionen der Haut					
KÖRPERSTRUKTUREN:					
Versorgungsrelevante Strukturen:					

AKTIVITÄTEN UND TEILHABE: (Beurteilung ohne Hilfsmittel)	0	1	2	3	4
Lernen und Wissensanwendung					
Allg. Aufgaben und Anforderungen					
Kommunizieren					
Als Empfänger					
Als Sender (sprechen/nonverbal)					
Mobilität					
Die Körperposition ändern					
Die Körperposition aufrechterhalten					
sitzen					
stehen					
Gegenstände tragen, bewegen, handhaben					
Fortbewegung					
Rollen, robben, krabbeln					
Gehen					
Arm- und Handgebrauch					
Stützen					
Greifen/erreichen					
Selbstversorgung					
Körperpflege					
An- u. Ausziehen					
Toilette benutzen					
Nahrungsaufnahme					
Weitere relevante Daten:					

0 ohne Schwierigkeiten 1 geringe Schwierigkeit 2 mäßige Schwierigkeit 3 große Schwierigkeit 4 unmöglich

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.