
Checkliste zur Versorgung mit Mobilitätshilfen

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Kostenträger: _____

Adresse: _____

Erstkontakt über: _____

ggf. Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

Vorhandene Hilfsmittel: _____

Körperstatus: Körpergröße: _____

Körpergewicht: _____

Soziales Umfeld:

Alleinlebend, ich versorge mich komplett selbst

Alleinlebend, ich werde tgl. ____ Stunden durch

einen Pflegedienst o. ä. zuhause betreut.

Partnerschaft/Ehe, ich bin aber täglich

ca. __ Stunden alleine.

Das häusliche Umfeld wurde begutachtet.

Wohnung:

Erdgeschoss __ Stock

Abstellmöglichkeit: _____

Besonderheiten:

Beiblatt für PG

22.29 und 22.40.

22.50. liegt bei.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten/Betreuers: _____

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Name, Vorname des Versicherten: _____

Versorgung:

- Erstversorgung
- Folgeversorgung
- Mehrfachausstattung

Bei Folgeversorgung:

- Vorhandenes Hilfsmittel irreparabel/nicht
anpassbar
- Änderung des Krankheitsbildes

Status:

- Kopfstabilität Gut Mittel Schlecht
Oberkörperstabilität Gut Mittel Schlecht
Eingeschränkte Bewegungsfreiheit:

- _____
- Muskeltonus Gut Mittel Schlecht
 - Schmerz-/Druckempfindlichkeit Ja Nein
 - Deformitäten/Amputationen Ja Nein

- _____
- Beatmungspflichtiger Patient Ja Nein
 - Unterkörperbelastbarkeit Gut Mittel Schlecht
 - Spastische Krämpfe Ja Nein

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Von wo nach wo erfolgt der Transfer: _____

Wieviel Transfers finden am Tag statt: _____

Verfolgt Versorgung therapeutische Ziele

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Ja Nein

Wenn ja: Welche _____

Umfeld:

Türbreiten: Bad: _____ cm,

sonstige: _____ cm

Badewannenhöhe: _____

Rollstuhlhöhe: _____

Betthöhe: _____

Toilettenstuhlhöhe: _____

Teppiche/Türschwellen, wenn ja, wo?

Deckenlift notwendig? _____

Ggf. Skizze des Umfeldes (Länge, Breite, Höhe der Räume):

Hinweise zu Gurten, falls erforderlich:

Soll der Gurt nach dem Transfer unter dem Patienten
verbleiben? Ja Nein

Verwendungszweck: Toilettentransfer

Betttransfer

Badewannentransfer

Gurtgröße: _____

Material: weich hart dehnbar

extra gepolstert Atmungsaktiv

Erforderliche Zurüstungen mit Begründung:

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben zutreffend sind. Mit der Weitergabe der Daten und ggf. Dokumentation/Bilder an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten/Betreuers: _____

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Name, Vorname des Versicherten: _____

- Versorgung:**
- Erstversorgung
 - Folgeversorgung
 - Mehrfachausstattung

Bereits vorhandene Hilfsmittel: _____

- Bei Folgeversorgung:**
- Vorhandenes Hilfsmittel irreparabel/nicht anpassbar
 - Änderung des Krankheitsbildes

- Status:** Rollstuhlabhängigkeit:
- vollständig teilweise
- Wenn teilweise, Gehstrecke ____ Meter.
Nutzungsdauer täglich ca. ____ Stunden.

- Umfeld:** Rampe für: innen aussen
- Gewicht des Rollstuhls mit Patient _____
- Zu überwindendes Hindernis:

- Stufenanzahl/Höhe _____

Bei Bedarf: Skizze des Umfelds:

Erforderliche Zurüstungen mit Begründung:

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben zutreffend sind. Mit der Weitergabe der Daten und ggf. Dokumentation/Bilder an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten/Betreuers: _____

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.