

Checkliste zur Versorgung mit therapeutischen Bewegungsgeräten

Name, Vorname des Versicherten: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____
 Versicherungsnummer: _____
 Kostenträger: _____
 Erstkontakt über: _____
 ggf. Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____

Diagnose laut Verordnung: _____

Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

1. Erprobungsprotokoll:

Erprobter

Bewegungstrainer: Beintrainer
 Bein-und Armtrainer

Trainingsart/-ort und

Trainings-

durchführung:

vom _____ bis _____ ca. _____ Minuten/Tag
 zu Hause
 in der Ambulanz _____
 in der Klinik _____
 Der/die Patient/-in kann den Trainer selbständig bedienen
 Der/die Patient/-in kann den Trainer mit fremder Hilfe bedienen

Bisher. Therapie:

Krankengymnastik _____ x wöchentlich à _____ Minuten
 Ergotherapie _____ x wöchentlich à _____ Minuten

Trainingsergebnis:

Trainingsziel	Verbessert	Stabilisiert	Langfristziel
Regulierung Muskeltonus (Spastikreduzierung)			
Erhöhung der (Rest-)Muskelkraft			
Rechts-Links-Defizite reduzieren			
Verbesserung der Ausdauer (Kreislauf)			
Erhaltung/Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit			
Förderung der Gehfähigkeit und Gangsicherheit			
Verbesserung der Koordination			
Stoffwechselaktivierung (Verdauung und Harnabfuhr)			

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.

Trainingsziel	Verbessert	Stabilisiert	Langfristziel
Schmerzen reduzieren			
Wasserablagerungen (Ödeme) reduzieren			
Bluthochdruck regulieren bzw. senken			
Medikamente (inkl. Nebenwirkungen) reduzieren			
Psychische und physische Belastbarkeit erhöhen			
Erhaltung der Oberkörper- und Rumpfstabilität			
Allgemeines Wohlbefinden			

Nebenwirkungen: nein
 ja, folgende: _____

Zubehör Beintrainer:

- Beinführung mit großflächiger Wadenschale, gepolstert
- Beinführung mit Wadenschalen, gepolstert
- Kunstlederpolsterung groß
- Kunstlederpolsterung klein
- Radiusverstellung
- Fußfixierung
- Gerätefuß flach
- Radsatz
- Höhenverstellung mit Transportrollen
- Kippsicherung
- Kippsicherung selbstbedienbar
- _____

Zubehör Oberkörpertrainer:

- Armauflagen für Therapiegriffe
- Armauflagen mit stabförmigen Griffen
- Armauflagen mit Griffballen
- Spezialgriffe
- Manschetten für Armauflagen
- Handgelenkmanschette

Besonderheiten: _____

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift Patient/-in oder Vertreter: _____

Unterschrift Leistungserbringer: _____

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.