

Checkliste zur Gehilfenversorgung

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

Diagnose laut Verordnung: _____

Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

Versorgung:

- Erstversorgung
- Folgeversorgung
- Mehrfachausstattung

- Dauerversorgung
- Kurzzeitversorgung (z.B. nach Unfall)

Bereits vorhandene Gehhilfen:

Bei Folgeversorgung:

- Vorhandenes Hilfsmittel irreparabel/nicht
- Vorhandenes Hilfsmittel nicht anpassbar
- Änderung des Krankheitsbildes

Status:

- Rumpfstabilität: Gut Mittel Schlecht
- Armkraft: Gut Mittel Schlecht
- Handkraft: Gut Mittel Schlecht

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.

Fingerkontrolle: Gut Mittel Schlecht

Spastiken/Krämpfe: Ja Nein

Wenn ja, wo: _____

Amputationen/Deformationen: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Einschränkungen der Sinnesorgane: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Sonstige Erkrankungen (Schwindel etc.)

Rollstuhlabhängigkeit:

vollständig teilweise

Gehstrecke ohne Gehhilfe: ____ Meter.

Gehstrecke mit Gehhilfe: ____ Meter.

Nutzung:

Innen Außen

Zeitaufwand für Beratung + Anpassung: _____ min

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.