

Checkliste zur Versorgung mit Krankenfahrzeugen

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

Diagnose laut Verordnung: _____

Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

Körperstatus: (Nur bei PG 18.46.03, 18.50.02., 18.50.03, 18.50.04, 18.46.05)	Körpergröße: _____
	Sitzbreite ca.: _____
	Oberschenkellänge: _____
	Unterschenkellänge: _____
	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:

(Nicht bei 18.46.03)

- Erdgeschoss ___ Stock
- ___ Stufen zur Wohnung
- Fahrstuhl/Treppenlift
- Rampen
- Kein Rollstuhlgerechter Zugang
- Türbreiten: Haustür: ___ cm, Bad: ___ cm,
sonstige: ___ cm
- Abstellmöglichkeit: _____

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.

Umgebung:

(Nicht bei 18.46.03)

- Eben Bergig/Hügelig
 Befestigte Wege/Strassen
 Unbefestigte Wege (Schotter/Sand, Kopfstein)

Besonderheiten im Wohnungsumfeld:

Beiblatt für PG

- 18.46.03
 18.46.05
 18.50.02
 18.50.04

liegt bei.

Zeitaufwand für Beratung + Anpassung: _____ min

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten/Betreuers: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____

Versorgung:

- Erstversorgung
- Folgeversorgung
- Mehrfachausstattung

Bereits vorhandene Krankenfahrzeuge:

Bei Folgeversorgung:

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

Status:

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

Spastiken/Krämpfe: Ja Nein

Wenn ja, wo: _____

Amputationen/Deformationen: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Einschränkungen der Sinnesorgane: Ja Nein

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.

Wenn ja, welche: _____

Andere Einschränkungen: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Defizite in der Wahrnehmung: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Rollstuhlabhängigkeit:

vollständig teilweise

Wenn teilweise, Gehstrecke ___ Meter.

Nutzungsdauer täglich ca. ___ Stunden.

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 Krankenfahrzeuge: _____

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

- Status:**
- Rumpfstabilität: Gut Mittel Schlecht
- Armkraft: Gut Mittel Schlecht
- Handkraft: Gut Mittel Schlecht
- Fingerkontrolle: Gut Mittel Schlecht

Spastiken/Krämpfe: Ja Nein
Wenn ja, wo: _____

Amputationen/Deformationen: Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Einschränkungen der Hörfähigkeit: Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

Einschränkung der Sehfähigkeit: Ja Nein

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.

Wenn ja, welche: _____

Sonstige Defizite in der Wahrnehmung: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Rollstuhlabhängigkeit:

vollständig teilweise

Wenn teilweise, Gehstrecke ___ Meter.

Nutzungsdauer täglich ca. ___ Stunden.

Nutzung eines manuellen Rollstuhles: Ja Nein

Wenn ja, maximale Fahrstrecke: _____ Meter

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: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherungsnummer: _____
Kostenträger: _____
Adresse: _____
Erstkontakt über: _____
ggf. Ansprechpartner: _____
Telefon: _____

Diagnose (ICD-Schlüssel): _____

Wie viele Treppenstufen müssen regelmäßig überwunden werden?

Wurde der Einsatz des Treppensteiggerätes bereits erfolgreich getestet?

Wer führte die Einweisung durch?

Bemerkungen:

Von wem wird das Treppensteiggerät bedient?

Wie wurde die Treppe bisher überwunden?

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.