

PG 22

Checkliste zur Versorgung von Kindern mit Mobilitätshilfen

Zur Verwendung im Rahmen der **QVH Gütesiegelprüfung**
Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. · Werderscher Markt 15 · 10117 Berlin

A Stuserhebung

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich / weiblich

Kostenträger: _____

KV-Nummer: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Telefon tagsüber / abends: _____

Name und Adresse des verordnenden Arztes: _____

Name/Art und Anschrift der Institutionen, die das Kind besucht oder bewohnt: _____

Vorhandene Hilfsmittelversorgung (auch orthopädische und medizintechnische Versorgung): _____

Begleitende therapeutische Maßnahmen / Heilmittel:

Physiotherapie: _____

Logopädie: _____

Ergotherapie: _____

Sonstiges: _____

PG 22

Diagnosen:

Befunderhebung: (z.B. Muskeltonus, Kraftentwicklung, Lähmungen(Lokalisation/schlaffspastisch), Kontrakturen (Lokalisation/Ausprägungsgrad), unwillkürliche Bewegungen, geistige Entwicklung, Anfallsleiden):

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Weitere Anlagen/Therapieberichte etc. dazu beigelegt:

Grad der Fähigkeitsstörung:

Kopfstabilität: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

Rumpfstabilität: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

Greiffunktion: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

Sitzstabilität: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

Stehfähigkeit: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

Gehfähigkeit: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

Hörvermögen: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

zur Zeit keine Aussage möglich

Sehvermögen: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

zur Zeit keine Aussage möglich

Sprachvermögen: erhalten leicht reduziert stark reduziert aufgehoben

zur Zeit keine Aussage möglich

Inkontinenz: Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

Dekubitus: liegt vor (hier direkt auf DekubitusVersorgungsscheckliste PG 11 zugreifen)

Prognose der Entwicklung / Gesamt-Therapieziel:

PG 22

An der Erhebung beteiligte Personen:

(Ausfüllen des Bogens für Ärzte GOÄ 75)

Arzt

Name: _____

Unterschrift: _____

Funktion: _____

Datum: _____

Weitere Personen

Ich bin damit einverstanden, dass für mein Kind (Vorname): _____ zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls beteiligten Sanitätshaus genutzt. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden. Der Fragebogen wird unter Datenschutzaspekten sicher vernichtet, wenn er für den o.g. Zweck nicht mehr erforderlich ist.

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten:

Name: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

PG 22

B.1 Produktbezogener Teil (PG 22 Mobilitätshilfen)

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom: _____ (Datum)

Name/Vorname des versicherten Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich / weiblich

Kostenträger: _____

KV-Nummer: _____

1. Versorgung:

- Erstversorgung
- Zweitversorgung
- Folgeversorgung
- Umversorgung

Anlass:

2. Einsatzort bzw. – bereich:

- häuslicher Bereich
- Institution

3. Zielsetzung der Versorgung:

- Ermöglichung eines selbständigen Positionswechsels
- Minderung des Unterstützungsaufwandes bei einem Positionswechsel
- Ermöglichung einer eigenständigen Mobilität
- Vergrößerung des Aktionsradius
- Verbesserung der Bewegungskoordination und der allgemeinen Entwicklung
- Verbesserung der Vitalfunktion
- Sonstiges

Dazu notwendige Hilfsmittel:
(siehe auch HMV)

- Umsetz-/ Aufrichtehilfen
- Aufstehhilfen
- Lifter
- Rampensysteme
- Therapieräder für Kinder

PG 22

4. Besondere Anforderungen:

Allgemein:

- Eigenanwendung
- Fremdanwendung
- Beifixierung
- Rumpffixierung
- Kopffixierung
- Armfixierung

Lifter:

- Tragegurt
- Tragetuch
- Tragebügel
- Lifter fahrbar
- Lifter stationär (z.B. Wandlifter/ Deckenlifter)

Räder:

- Zwei Räder
- Drei Räder
- Fußpedalantrieb
- Starrer Zahnkranz
- Schiebegriff für Begleitpersonen
- Freilauf
- Rückenstütze
- Restkraftverstärkung
- Beinführung
- Besondere Lenkergriffe

Rampen:

- Begehbar
- Teleskoprampen
- Sonstiges:

5. Sonderanfertigung (Begründung):

PG 22

6. Produktempfehlung/Besondere Hinweise

Typ: _____

HMV-Nr.: _____

Begründung des Einzelproduktes:

7. An der Erhebung beteiligte Personen:

(Ausfüllen des Bogens für Ärzte GOÄ 75)

Arzt

Name: _____

Unterschrift: _____

Funktion: _____

Datum: _____

Weitere Personen

Ich bin damit einverstanden, dass für mein Kind (Vorname): _____ zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls beteiligten Sanitätshaus genutzt. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden. Der Fragebogen wird unter Datenschutzaspekten sicher vernichtet, wenn er für den o.g. Zweck nicht mehr erforderlich ist.

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten:

Name: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____