

Checkliste zur Versorgung von Kindern mit Stehhilfen

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: _____

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 beigefügt:

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:

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: _____

B Produktbezogener Teil

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 des Verbleibs in einer annähernd senkrechten Körperhaltung über ein kurzfristiges Aufrichten in den Stand hinaus
- Stehtraining oder vorbereitendes Gehtraining
- Gleichgewichtstraining
- Kreislaufkonditionierung
- Blasentraining
- Kontrakturprophylaxe
- Erhöhung der Wahrnehmung und Kontaktaufnahme mit der Umwelt
- Verbesserung der Vitalfunktionen
- Verbesserung des aktiven Einsatzes der Arme und Hände
- Teilhabe am Gesellschaftlichen Leben
- Sonstiges

Dazu notwendige Hilfsmittel:
(siehe auch HMV)

- Stehständer
- Schrägliegebrett
- Leichtgewichtrollstuhl

4. Besondere Anforderungen:

- Feststehend
- Mobil
- Eigenantrieb

- Spreizkeil
- Therapietisch

- Fußfixierung/-Abstützung
- Beinfixierung/-Abstützung
- Rumpffixierung/-Abstützung
- Kopffixierung/-Abstützung
- Armfixierung/-Abstützung
- Spezielle Polsterelemente/Pelotten

- Sonstiges

5. Sonderanfertigung (Begründung):

6. Produktempfehlung/Besondere Hinweise

Typ: _____

HMV-Nr.: _____

Begründung des Einzelproduktes:

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: _____