

### Checkliste zur Stehhilfenversorgung

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

Diagnose laut Verordnung: \_\_\_\_\_  
 Diagnose (ICD-Schlüssel): \_\_\_\_\_

**Körperstatus:** Körpergröße: \_\_\_\_\_  
 Körpergewicht: \_\_\_\_\_

- Krankheitsbild:**
- Multiple Sklerose
  - Hemi, Schlaganfall, Apoplex
  - Tetraplastik
  - Parkinson
  - Schädel-Hirn-Trauma
  - Rheuma, Arthrose, Arthritis
  - TEP, Gelenkersatz
  - Amputation
  - Paraplegie, Tetraplegie, Querschnittlähmung
  - Muskelkrankheit, -dystrophie, -atrophie
  - \_\_\_\_\_

- Krankheitssymptome:**
- Spastik, erhöhter Muskeltonus, Rigor, Tremor
  - Kontrakturen, Versteifungen
  - Rechts-Links-Defizite, Koordinationsschwierigkeiten
  - Durchblutungsstörungen, kalte Beine
  - Probleme mit der Verdauung, Harnabführung, Stoffwechsel
  - mangelnde Ausdauer
  - Muskelschwund
  - schmerzhafte Beine
  - \_\_\_\_\_

- Gefähigkeit/  
 Mobilität:**
- Rollstuhlfahrer ohne Gefähigkeit
  - Rollstuhlfahrer mit Gefähigkeit
  - Fußgänger mit Hilfsmittel (Rollator, Gehstock)
  - Fußgänger mit leichten Bewegungseinschränkungen
  - bettlägerig

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.

**Vorhandene**

**Hilfsmittel:**

- Elektr. Rollstuhl (El. Antrieb, Schiebehilfe)
- Sportrollstuhl mit starrer Fußstütze
- Standard-, Aktivrollstuhl mit abnehmb. Fußstützen
- Pflegerollstuhl
- Rollator
- Gehstock

**Krankengymnastik:**

- ja     nein
- ≤ 2 x pro Woche       ≥ 3 x pro Woche

**Sonst. Therapie:**

- Ergotherapie     Logopädie
- Hypotherapie     \_\_\_\_\_

**Gewünschtes**

**Training:**

- Bein-Training
- Arm-Training
- Balance-Training

**Mögl. Risiken:**

- Thrombose
- Glasknochen/Hüftluxation

**Zubehör:**

- Kniepelotten
- Hüftpelotten
- Gurtsystem elektr.
- Gurtsystem mechanisch
- Patiententhaltegurt mit Boden – Größe M
- Patiententhaltegurt mit Boden – Größe L
- Patiententhaltegurt mit Boden – Größe XL
- Fußbrettverlängerung
- Fußbretterhöhung
- \_\_\_\_\_

**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.