

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.