

**Checkliste zur Versorgung von Kindern mit Krankenfahrzeugen**

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 der selbstbestimmten Mobilität
- Erhöhung der selbstbestimmten Mobilität
- Vergrößerung des Aktionsradius
- Ermöglichung der Fremdbeförderung
- Teilhabe am Gesellschaftlichen Leben
- Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dazu notwendige Hilfsmittel:  
(siehe auch HMV)

- Adaptivrollstuhl
- Standardrollstuhl
- Leichtgewichtrollstuhl
- Elektrorollstuhl
- Toilettenrollstuhl
- Duschrollstuhl
- Schieberollstuhl
- Buggy/Rehakarre
- Vorspannfahrrad

**4. Besondere Anforderungen:**

- Teilkörperversorgung
- Ganzkörperversorgung
- Statisches System
- Dynamisches System
- Nutzung nur in Räumen
- Nutzung im Außenbereich
- Nutzung in Räumen und im Außenbereich
- Eigenantrieb mit Greifreifen
- Eigenantrieb mit Handhebeln
- Restkraftunterstützter Eigenantrieb
- Fremdantrieb (Schieberollstuhl)
- Elektroantrieb mit Eigenbedienung
- Elektroantrieb mit Fremdbedienung
- Einarmantrieb
- Zusatzantrieb (elektromotorisch)
- Indirekte Lenkung
- Direkte, motorische Lenkung
- Höhenverstellung des Sitzes
- Absenkvorrichtung des Sitzes
- Rückenlehnenverstellung
- Stehvorrichtung
- Sitzwinkelverstellung
- Elektrische Sitzverstellung
- Fußfixierung/-abstützung
- Beinfixierung/-abstützung
- Rumpffixierung/-abstützung
- Kopffixierung/-abstützung
- Armfixierung/-abstützung
- Spezielle Sitzelemente
- Sonstiges

PG 18 Krankenfahrzeuge

---

---

---

**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: \_\_\_\_\_