

---

### **Checkliste zur Prothesenversorgung, untere Extremität**

Bei der Dokumentation ist grundsätzlich nach folgenden Vorgaben vorzugehen:

1. Archivierung der Verordnung
2. Archivierung des Maßblattes (bei Maßanfertigung)
3. Dokumentation des Versorgungsverlaufs (Ermittlung des Mobilitätsgrades, Zustandserhebung, Termine, Maßnahme, Anprobe, Anprobeergebnisse usw.) z. B. unter Verwendung eines
  - a. Profilerhebungsbogen
  - b. Anprobeprotokolls
  - c. Abgabeprotokolls

---

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.

## Beispiel für einen Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen

### 1. Personendaten

Vor- und Zuname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Adresse des Patienten: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Weitere Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

KOV-/BG-Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ männl.

☐ weibl.

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Amputationsseite: ☐ links  
☐ rechts  
☐ beidseitig

### 2. Angaben zur Amputation

#### 2.1 Allgemeine Angaben

Amputationsgrund: \_\_\_\_\_

Datum der Amputation: \_\_\_\_\_

Nachamputation: ☐ nein ☐ ja Datum: \_\_\_\_\_

#### 2.2 Amputationshöhe

- ☐ Hemipelvektomie
- ☐ Hüftexartikulation
- ☐ Oberschenkel
- ☐ Knieexartikulation
- ☐ Unterschenkel
- ☐ Fuß
- ☐ Teilfußamputation

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.

### 3. Spezielle Angaben zum prothetisch zu versorgenden und zum kontralateralen Bein

#### 3.1. Angaben zum Stumpf

Stumpfform: ☐ zylindrisch  
☐ kegelförmig  
☐ birnenförmig

Wurden stumpfformende Maßnahmen durchgeführt (Wickel): ☐ ja ☐ nein

Ist die Wundheilung abgeschlossen: ☐ ja ☐ nein

Weichteildeckung des Stumpfes: ☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend ☐ übermäßig

Belastungsfähigkeit des Stumpfes: ☐ nicht ☐ teilweise ☐ voll

Haut:

Zusätzliche Hautläsionen, Druckstellen, Scheuerstellen:

---

---

Schmerzen:

Stumpfschmerzen ☐ ja ☐ nein

Phantomschmerzen ☐ ja ☐ nein

Sonstige Angaben

Muskelkraft: ☐ voll ☐ reduziert ☐ aufgehoben

Volumenschwankung: ☐ ja ☐ nein

Vor- und Zuname des Patienten \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

#### 3.3. Angaben zu Gelenkfunktionen

---

Kontrakturen: ☐ ja ☐ nein

---

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.

#### 4. Fähigkeiten/Funktionen/Funktionseinschränkungen

Statische Veränderungen des Beckens, die nicht ausgeglichen werden sollten (z. B. Beckenschiefstand)

☐ ja

Nähere Angaben zur Mobilität:

---

Sonstige Hinweise zur Versorgungsfähigkeit, Alternativen, Vorversorgung usw.:

---

Besonderheiten:

---

#### 5. Mobilitätserwartungen und Mobilitätsmerkmale des Patienten

##### 5.1. Familiäre Situation

Alleinlebend: ☐ ja ☐ nein

Der Patient führt alleine seinen kompletten Haushalt: ☐ ja ☐ nein

Können Angehörige helfen: ☐ ja ☐ nein

Kinder: ☐ ja ☐ nein

Liegt Pflegebedürftigkeit vor: ☐ ja ☐ nein

Sind Pflegebedürftige zu versorgen: ☐ ja ☐ nein

##### 5.2 Wohnsituation

Parterre Etage, welche \_\_\_\_\_ Anzahl der zu überwindenden Stufen: \_\_\_\_\_

Aufzug vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Ist das Wohnumfeld eher: ☐ flach ☐ bergig

Der Patient lebt in einem ☐ Altenheim ☐ Pflegeheim ☐ Wohnheim

##### 5.3 Mobilitätsmerkmale des Patienten

---

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.

Bezeichnung der ausgeübten Hobbys mit körperlicher Beanspruchung:

Mobilitätsmerkmale: gehend und körperlich arbeitend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
gehend und nur leicht körperlich arbeitend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
arbeitend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
vorwiegend stehend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
vorwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**ermittelter Mobilitätsgrad**      ☐ 0      ☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4

## 6. Mobilitätsgrad/Therapieziel

Beschreibung des Therapieziels unter Berücksichtigung der momentanen und realistisch zu erwartenden Fähigkeit des Patienten.

### 0. Nichtgehfähiger

Der Patient besitzt aufgrund des schlechten physischen und psychischen Zustandes zur Zeit selbst mit fremder Hilfe nicht die Fähigkeit, sich mit einer Prothese fortzubewegen oder sie zum Transfer zu nutzen. Eine kosmetische, nicht mobilisierende Prothesenversorgung zur Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes kann angezeigt sein.

Therapieziel: Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes, Mobilisierung mit dem Rollstuhl

### 1. Innenbereichsgeher

Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, eine Prothese für Transferzwecke oder zur Fortbewegung auf ebenen Böden mit geringer Gehgeschwindigkeit zu nutzen. Gehdauer und Gehstrecke sind aufgrund seines Zustandes stark limitiert.

Therapieziel: Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich limitierten Gehfähigkeit

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.

## **2. Eingeschränkter Außenbereichsgeher**

Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Prothese mit geringer Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei niedrige Umwelthindernisse, wie Bordsteine, einzelne Stufen oder unebene Böden, zu überwinden. Gehdauer und Gehstrecke sind aufgrund seines Zustandes limitiert.

Therapieziel: Wiederherstellung der Stehfähigkeit, der auf den Innenbereich und auf den Außenbereich limitierten Gehfähigkeit

## **3. Uneingeschränkter Außenbereichsgeher**

Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Prothese mit mittlerer bis hoher, auch veränderlicher Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei die meisten Umwelthindernisse zu überwinden. Er besitzt außerdem die Fähigkeit, sich im freien Gelände zu bewegen und kann berufliche, therapeutische und andere Aktivitäten ausüben, die die Prothese nicht überdurchschnittlicher mechanischer Beanspruchung aussetzt. Ggf. besteht ein erhöhter Sicherheitsbedarf aufgrund Sekundärbedingungen (zusätzliche Behinderung, besondere Lebensbedingungen) in Verbindung mit einem mittleren bis hohen Mobilitätsanspruch. Gehdauer und Gehstrecke sind im Vergleich zum Unbehinderten nur unwesentlich limitiert.

Therapieziel: Wiederherstellung der Stehfähigkeit, der im Innenbereich und im Außenbereich nur unwesentlich limitierten Gehfähigkeit

## **4. Uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen**

Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Prothese wie der uneingeschränkte Außenbereichsgeher fortzubewegen. Zusätzlich können aufgrund der hohen funktionellen Anforderungen hohe Stoßbelastungen, Spannungen, Verformungen auftreten. Gehdauer und Gehstrecken sind nicht limitiert.

Therapieziel: Wiederherstellung der Stehfähigkeit, der im Innenbereich und im Außenbereich unlimitierten Geh- und Mobilitätsfähigkeit.