

A. Elektrisch betriebene Krankenfahrzeuge (KF) – Erhebungsbogen/Erprobungsbericht zur Lageranfrage

(Bitte **vollständig** ausgefüllt und unterschrieben der Lageranfrage beilegen; nur erforderlich bei Erstversorgung, Wechsel der Produktart, Folgeversorgung nach Wohnortwechsel und/oder wenn zusätzliches Zubehör beantragt wird.)

Versicherter: Name, Vorname: _____

Versicherten-Nr. oder Geb.-Datum: _____

Vorgesehener Einsatzbereich (Mehrfachnennung möglich):

Wohnung Straße Wohn-/Pflegeheim Beruf bergiges Gelände unbefestigte Wege

Bei Nutzung im Innenbereich:

Die Wohnung befindet sich im Erdgeschoss _____. Obergeschoss
 Der Zugang ist barrierefrei? ja nein, es müssen ____ Stufen überwunden werden
 Ein Aufzug ist vorhanden? ja nein

Die kleinste Türbreite der Wohnung, welche durchfahren werden muss: _____ cm

Bei Nutzung im Außenbereich:

Für welche Aktivitäten/Ziele wird das elektr. betriebene Krankenfahrzeug benötigt?

_____ Entfernung _____ m / km
 _____ Entfernung _____ m / km
 _____ Entfernung _____ m / km

Der Transport des elektr. betr. KF im PKW ist häufig gelegentlich nicht erforderlich.

Sicherung/Unterstellung des elektr. betr. Krankenfahrzeuges:

Eine wetterfeste und diebstahlsichere, verschließbare und barrierefrei zugängliche Unterstellmöglichkeit mit Netzstromanschluss für den Ladevorgang ist vorhanden?

nein / ja, in eigener Wohnung / ja, genaue Ortsbeschreibung: _____
 noch nicht, ist aber bereits in Umsetzung

Diese Unterstellmöglichkeit kann vom Versicherten selbstständig erreicht werden: Ja Nein

Versichertenbezogene Angaben:

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ kg

Körpermaße im Sitzen:

Gesäßbreite: _____ cm

Oberschenkellänge: _____ cm

Unterschenkellänge: _____ cm

Rückenhöhe (bis Scapula): _____ cm

Rollstuhlmaße:

Sitzbreite: _____ cm

Sitztiefe: _____ cm

Sitzhöhe: _____ cm

Rückenhöhe: _____ cm

Der/die Versicherte ist ohne Gehhilfe gehfähig: ja, Entfernung ca.: _____ m nein

Der/die Versicherte ist mit einer Gehhilfe gehfähig: ja, Entfernung ca.: _____ m nein

Der/die Versicherte ist selbstständig in der Lage, einen manuellen Rollstuhl in ebenem Gelände mittels

Handantrieb (und/oder) Fußantrieb anzutreiben Entfernung ca.: _____ m

Sofern dies nicht möglich ist, warum? _____

Der/die Versicherte ist nur auf längeren Strecken auf einen elektr. betr. Krankenfahrzeug angewiesen.

Das elektr. betr. KF wird _____ Stunden am Tag, in der Woche, im Monat benutzt.

Folgende krankheits-, bzw. behinderungsbedingten Fehlhaltung und/oder Bewegungseinschränkungen

liegen vor, die aus Ihrer Sicht in die Auswahl der Versorgung mit eingeflossen sind? _____

Funktionseinschränkung:

der Arme/Hände: Rechts: ja nein Links: ja nein

der Beine: Rechts: ja nein Links: ja nein

andere Funktionseinschränkungen, bzw. Erläuterung: _____

keine oder ungenügende Rumpfstabilität keine oder ungenügende Kopfkontrolle

Spasmen Hemiplegie Tetraplegie

Skoliose Kyphose Amputationen: _____

Kontrakturen (Gelenke und Grad der Einschränkung bitte nennen): _____

Leistungserbringer/Stempel

Ort/Datum

Name des Reha-Fachberater in Druckbuchstaben, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung aufgeklärt hat. Ich willige somit ein, dass der Erhebungsbogen durch den Leistungserbringer an die AOK Baden-Württemberg zur Überprüfung der Leistungspflicht weitergeleitet wird.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Zu Ihrer Sicherheit (Datenschutzhinweis nach dem V. und X. Sozialgesetzbuch):

Die Erhebung der Daten erfolgt zur Beurteilung, ob wir die Kosten für den Rollstuhl übernehmen können und ob ggf. der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu beteiligen ist – selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich. Die Angabe Ihrer Daten erfolgt freiwillig. Bitte beachten Sie jedoch, dass fehlende Angaben Ihren Leistungsanspruch gefährden können.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage von § 67a SGB X, § 60 SGB I, § 33 SGB V in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 4 und 7 SGB V.

B. Erprobungsbericht

(erforderlich bei Erstversorgungen, Wechsel der Produktart sowie Folgeversorgungen nach Wohnortwechsel)

Die Erprobung beinhaltet mindestens die Probefahrt mit Zielsetzung der selbstständigen Nutzung des Hilfsmittels im vorgesehenen Anwendungsbereich des häuslichen Umfeldes (Innen-/Außenbereich), inklusive der Erprobung ggf. weiterer behinderungsbedingt erforderlicher Funktionen.

Bei der Erprobung verwendetes Hilfsmittel:

HMV.Nr.: _____._____._____._____ Modell: _____ Hersteller: _____

Die Erprobung fand im häuslichen Umfeld statt: ja nein, weil: _____

Erprobungszeitraum: <1 Std. >1 Std. : _____

Die Nutzung ist uneingeschränkt möglich. / eingeschränkt möglich, nicht möglich, weil:

Bemerkungen:

Leistungserbringer/Stempel

Ort/Datum

Name des Reha-Fachberater in Druckbuchstaben, Unterschrift

Erprobungsbestätigung des Versicherten

Hiermit bestätige ich die erfolgreiche Erprobung mit einem elektrisch betriebenen Krankenfahrzeug in meinem häuslichen Umfeld. Dabei konnte ich den das elektrisch betriebene Krankenfahrzeug ohne fremde Hilfe im Bereich:

Wohnung/Heim Außenbereich/Straße bergiges Gelände
bedienen und sicher steuern.

Die Erprobung fand nicht im häuslichen Umfeld statt, weil: _____

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherten