

**A. Rollstuhl-Erhebungsbogen/Erprobungsbericht zur Lageranfrage**

für manuelle Rollstühle mit Stehvorrichtung, Doppelgreifreifen, Einarmhebelantrieb (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  Sport  Pflege

**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

**Sicherung/Unterstellung des Rollstuhles:**

Eine wetterfeste und diebstahlsichere, verschließbare Unterstellmöglichkeit 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: \_\_\_\_\_ cm

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 gefähig?  ja, Entfernung ca.: \_\_\_\_\_ m  nein

Der/die Versicherte ist mit einer Gehhilfe gefähig?  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

Der/die Versicherte ist nur auf längeren Strecken auf einen Rollstuhl angewiesen

Der/die Versicherte wird  nur  auf längeren Strecken durch eine Begleitperson geschoben.

Der Rollstuhl 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 Rollstühlen mit Stehvorrichtung, Doppelgreifreifen-, Einarmhebelantrieb. Für manuelle Rollstühle mit elektrischen Zusatzantrieben verwenden Sie Anlage 4b)

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:

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Reha-Fachberater in Druckbuchstaben, Unterschrift

### **Erprobungsbestätigung des Versicherten**

Hiermit bestätige ich die erfolgreiche Erprobung eines Rollstuhls  in meinem häuslichen Umfeld.  
Dabei konnte ich den Rollstuhl mit  Stehvorrichtung,  Doppelgreifreifen,  Einarmhebelantrieb  
ohne fremde Hilfe im Bereich  Wohnung/Heim  Außenbereich/Straße anwenden.

Die Erprobung fand nicht im häuslichen Umfeld statt, weil: \_\_\_\_\_

Die Stehvorrichtung wird für \_\_\_\_\_ benötigt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten