

**Rollstuhl-Erhebungsbogen zur Lageranfrage (manuelle Rollstühle)**

(Bitte **vollständig** ausgefüllt und unterschrieben der Lageranfrage beilegen; nur erforderlich bei Erstversorgung, Wechsel der Produktart 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: \_\_\_\_\_  
Diese Unterstellmöglichkeit kann vom Versicherten selbstständig erreicht werden:  Ja  Nein

**Versichertenbezogene Angaben:**

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpermaße im Sitzen:

Gesäßbreite: \_\_\_\_\_ cm Rollstuhlmaße:  
Sitzbreite: \_\_\_\_\_ cm  
Oberschenkellänge: \_\_\_\_\_ cm Sitztiefe: \_\_\_\_\_ cm  
Unterschenkellänge: \_\_\_\_\_ cm Sitzhöhe: \_\_\_\_\_ cm  
Rückenhöhe (bis Scapula): \_\_\_\_\_ 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  
 Der/die Versicherte wird von einer 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-Fachberaters 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.