

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