

Bedarfsermittlungsbogen

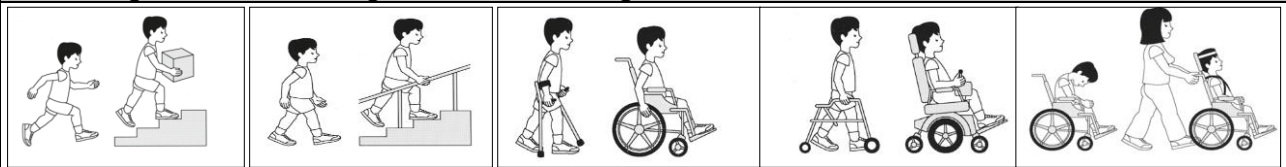
Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Einrichtung: _____ Arzt: _____
 Therapeut/in: _____ Techniker: _____

Diagnose: _____

Anlass: Erstversorgung wachstumsbedingte Folgeversorgung
 therapiebedingte Umversorgung

Hilfsmittel: Rollstuhl Untergestell Sitzorthese

Einteilung des Behindertengrades in Anlehnung an das GMFCS (Cross Motor Funktion Classification System)



Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 Stufe 4 Stufe 5

Gehen ohne Einschränkung; Einschränkung der höheren motorischen Fähigkeiten	Freies Gehen ohne Gehhilfen; Einschränkung beim Gehen außerhalb der Wohnung und auf der Straße	Gehen mit Gehhilfen; Einschränkung beim Gehen außerhalb der Wohnung und auf der Straße	Selbstständige Fortbewegung eingeschränkt; Kinder werden geschoben oder benutzen E-Rollstuhl für draußen auf der Straße	Selbstständige Fortbewegung selbst mit elektrischen Hilfsmitteln stark eingeschränkt
---	--	--	---	--

Abbildungen entnommen mit frd. Genehmigung dem Band "GMFM und GMFCS - Messung und Klassifikation motorischer Funktionen", Dianne Russel u. a. Verlag Hans Huber, CH-Bern, Abb. Prof. Kerr Graham/Melbourne/Australia.

Körperstrukturen Funktionen und Aktivitäten (nach ICF)

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Mentale Funktion						Mobilität ohne Hilfsmittel					
Orientierung im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständige Transfers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensomotorische Funktionen						Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollen / Robben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krabbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitalfunktionen						Hand-/Armmotorik					
Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Greifen /Erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen- und Darmfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstversorgung					
Neuromuskuläre u. bewegungsbezogenen Funktionen						Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkstabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftüberdachung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrungsaufnahme aktiv/passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkbeweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges					
Kopfkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpfkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 ohne Schwierigkeiten 2 geringe Schwierigkeiten 3 mäßige Schwierigkeiten 4 große Schwierigkeiten 5 unmöglich

Bedarfsermittlungsbogen

Einsatzort:

- Familärer Bereich
 Institution
 außer Haus
 im Haus
 Transport

Besonderheiten (z.B. Lift, Etage): _____

Bisherige vorhandene Hilfsmittel (soweit für diese Versorgung relevant):

z.B. Orthesen, Sauerstoffgeräte, Korsett etc.: _____

Vorversorger: _____

Geplante OPs _____

Tonusregulierende Medikamente: _____

Zielsetzung der Versorgung

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an (ICF).
Für die Zielfestsetzung sind Arzt/Therapeut sowie Patient oder die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

Sitzhilfen PG 26		Maße		
Körperfunktionen und -strukturen	<input type="checkbox"/> Sekundärschäden vermeiden oder aufhalten z.B. Deformitäten von Knochen, Sehnen, Muskeln	Größe		cm
	<input type="checkbox"/> Verbesserung Vitalfunktionen (Herzkreislauf, Atmung, Verdauung)	Gewicht		kg
Aktivitäten/Teilhabe	<input type="checkbox"/> sicheres, stabiles physiologisches Sitzen ermöglichen	Rückenhöhe		cm
	<input type="checkbox"/> Verbesserung des aktiven Einsatzes der Arme und Hände	Sitztiefe		cm
	<input type="checkbox"/> Aufrechter Sitz soll über _____ Minuten gehalten werden.	Sitzbreite		cm
	<input type="checkbox"/> Die Nahrungsaufnahme soll verbessert/erleichtert werden	Beckenbreite		cm
	<input type="checkbox"/> Bessere visuelle Orientierung im Raum bzw. Beobachtung des Umfeldes	Unterschenkelänge rechts		cm
	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Lebensradius von Familie und Kind	Unterschenkelänge links		cm
	<input type="checkbox"/> Teilnahme am familiären Leben, an Aktivitäten in der Einrichtung			
	<input type="checkbox"/> sicherer, möglichst uneingeschränkter Transport innerh. o. außerh. des Hauses			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____				

Bedarfsermittlungsbogen

Unterschriften des Versorgungsteams:

Patient (oder gesetzlicher Vertreter):

Unterschrift: _____

Datum: _____

Arzt/Therapeut:

Unterschrift: _____

Datum: _____

Leistungserbringer:

Unterschrift: _____

Datum: _____

Ergebnisprüfung:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 7, 8, 9, 11 und 18 SGB V und § 67a SGB X in Verbindung mit § 35 Abs. 1 SGB I erhoben und verarbeitet. In Einzelfällen wird die AOK Bremen/Bremerhaven gemäß § 275 Abs 3 Nr. 1 SGB V vor der Bewilligung eines Hilfsmittels über den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das beantragte Hilfsmittel erforderlich ist. Die Datenerhebung erfolgt direkt durch den Leistungserbringer gemäß § 294 SGB V. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte.