

ICF-Erhebungsbogen und Sonderanfertigungsbericht

Adaptiv-Rollstühle

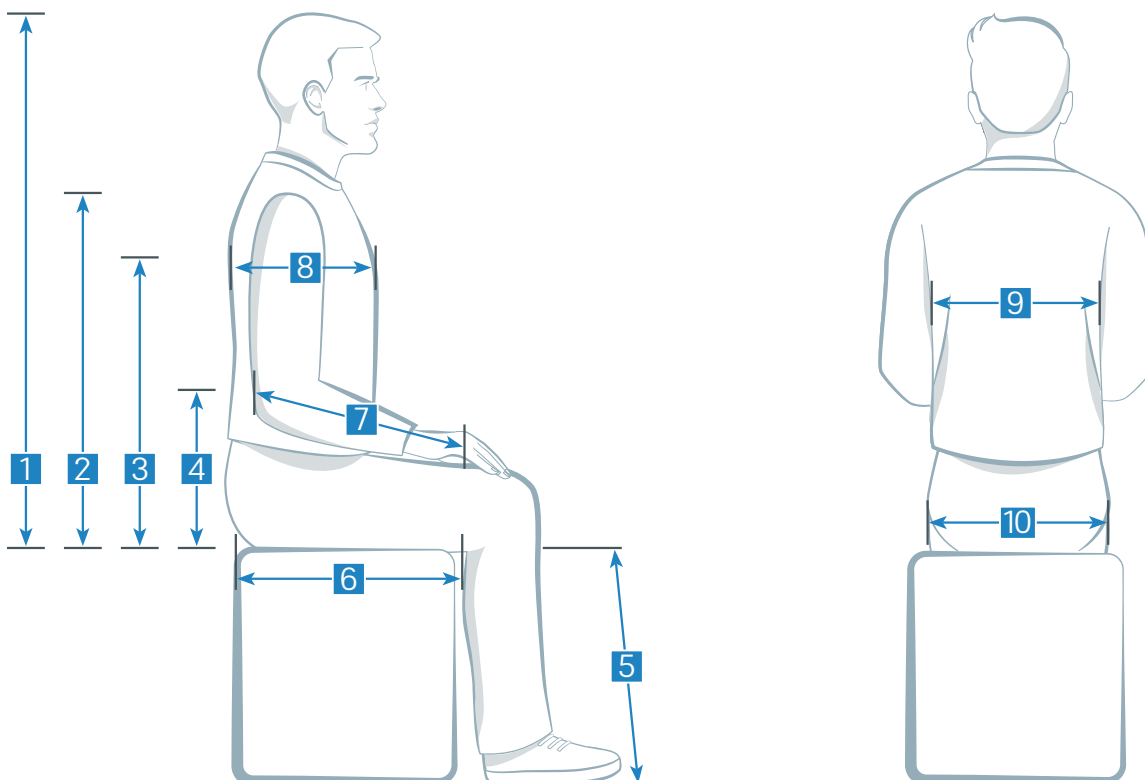


Fachhandel

| | |
|---------|------------------|
| Firma | DIETZ-Spezialist |
| Adresse | Ansprechpartner |
| Telefon | E-Mail |

Patientendaten

| Kommission | BMI | weiblich | männlich |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------|----------|
| Krankenkasse | Größe (m) | Gewicht (kg) | |
| 1 Scheitelhöhe | 6 Oberschenkellänge | | |
| 2 Schulterhöhe | 7 Unterarmlänge bis Handmitte | | |
| 3 Achselhöhe | 8 Rumpftiefe | | |
| 4 Armlehnenhöhe | 9 Rumpfbreite | | |
| 5 Unterschenkellänge | 10 Hüftbreite | | |



IST-ANALYSE

Status Versorgung und aktuelle Hilfsmittelversorgung

| | | | | | |
|--------------------|---------------------------|------------------|---------------|--------------|-------------------|
| Erstversorgung | | Folgeversorgung | | Umversorgung | |
| | | | | | |
| Rollstuhl Standard | Rollstuhl Adaptiv / Aktiv | Rollstuhl Leicht | Zusatzantrieb | Schiebehilfe | Elektro-Rollstuhl |
| | | | | | |

Einsatzorte des Rollstuhls

| | | | | |
|---------|-------------------------|-------|-------|--|
| Zuhause | Pflegeheim/ Einrichtung | Innen | Außen | |
| | | | | |

Umfeldanalyse (Angaben in cm)

| | | | |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Türbreite (kleinste) | | Türschwellehöhe | |
| Steigung (Grad/Länge) | | Aufzugmaße | |
| Engstelle (kleinste) | | max. Eigengewicht | |
| max. Belastbarkeit | | max. Zusatzbelastung | |
| Eigenständige Fortbewegung | Fortbewegung durch Begleitperson | | Zusatzantrieb notwendig |
| Rampe erforderlich | Faltbarkeit notwendig | | Auflastung notwendig |

Transferbedingungen

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Transfer vom / ins Bett | Transfer notwendig |
| Transfer zwischen Hilfsmitteln | Seitlicher Transfer notwendig |
| Transfer auf / vom Stuhl | |

IST-ANALYSE

Unterstellmöglichkeiten

| | | | | | |
|--------|----------|----------|---------|---------------------|--|
| Garage | Schuppen | Hausflur | Wohnung | Balkon/ Terrasse | |
|--------|----------|----------|---------|---------------------|--|

Transport des Rollstuhls

| | | |
|-----------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| kein Transport | mit Patient:in im Auto | Patient:in nicht im Rollstuhl sitzend |
| Maße Kofferraumöffnung (cm) | Breite | Länge |
| | | Höhe |

Diagnose mit Angabe der ICD (wenn vorhanden)

| Krankheitsbilder (statisch) | Krankheitsbilder (dynamisch) |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Hemiplegie | Adipositas |
| Paraplegie | Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) |
| Skoliose | Multiple Sklerose (MS) |
| Tetraplegie | Muskeldystrophie |
| Tetraspastik | Parkinson |
| | Spinale Muskelatrophie |
| | |
| | |

Beschreibung geschädigter Körperfunktionen und -strukturen

| | rechts | links | | rechts | links |
|---|--------|-----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| Arme/Hände | ja | ja | Beine | ja | ja |
| | nein | nein | | nein | nein |
| keine / ungenügende Rumpfstabilität | | keine / ungenügende Kopfkontrolle | | keine / ungenügende Gehfähigkeit | |
| Bitte hier die Merkmale der Diagnose beschreiben (Welche Körperfunktionen & -strukturen sind geschädigt?) | | | | | |

VERSORGUNGSVORSCHLAG

Der ICF-Erhebungsbogen dient der systematischen Erfassung von Patientendaten, um eine fundierte Begründung für die Kostenübernahme durch den Kostenträger zu liefern. Die Erfassung nach dem ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) bietet eine detaillierte Analyse der individuellen Bedürfnisse und Einschränkungen eines Patienten und gliedert sich wie folgt:

Diagnose und Hauptmerkmale: Es wird zunächst ermittelt, welche Diagnose vorliegt und welche wesentlichen Symptome und Merkmale damit verbunden sind. Dies schafft eine Grundlage, um den spezifischen Bedarf an Unterstützung und Hilfsmitteln zu rechtfertigen.

Körperfunktionen und -strukturen: Hier werden die betroffenen Körperfunktionen (z. B. Gehfunktion, Greiffunktion, kognitive Fähigkeiten) und die geschädigten Körperstrukturen (z. B. Nerven, Knochen, Muskeln, Gewebe) detailliert beschrieben. Diese Angaben verdeutlichen, welche körperlichen Einschränkungen vorliegen und wie sie die täglichen Aktivitäten des Nutzers beeinflussen.

Einfluss auf Aktivitäten des täglichen Lebens: Es wird dargelegt, wie die körperlichen Einschränkungen die Selbstständigkeit und Mobilität des Nutzers im Alltag beeinträchtigen. Dies umfasst zum Beispiel Schwierigkeiten beim Bewegen im Wohnumfeld, Essen, Anziehen oder bei sozialen Aktivitäten.

Kontextfaktoren: Diese Faktoren umfassen das Wohnumfeld (z. B. Barrierefreiheit, unterstützende Einrichtungen, mögliche Barrieren) und die aktuelle Hilfsmittelversorgung. Wenn vorhandene Hilfsmittel nicht mehr ausreichend sind, wird erklärt, warum sie nicht den gegenwärtigen Anforderungen entsprechen.

Langfristige Betrachtung: Eine vorausschauende Betrachtung beschreibt potenzielle langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit, wie die Gefahr von Kontrakturen, Spastik, Skoliose, Hyperkyphose und die Belastung auf Vitalfunktionen (z. B. Herz-Kreislauf, Atmung). Es wird auch der Hautzustand bewertet, insbesondere an Druckstellen, um das Risiko eines Dekubitus zu minimieren.

Versorgungsziele nach ICF inkl. Angabe der Kontextfaktoren

Bitte beschreiben Sie ausführlich Ihre gewünschte Sonderanfertigung und begründen Sie die Notwendigkeit.

VERSORGUNGSVORSCHLAG

Versorgungsziele nach ICF inkl. Angabe der Kontextfaktoren

- Darstellung der Produkte / Optionen / Sonderanfertigungen, mit denen die Versorgungsziele erreicht würden
- Warum ist die aktuelle Versorgung nicht ausreichend?
- Warum handelt es sich bei diesem Vorschlag um die wirtschaftlichste Versorgung?

Zielsetzung der Versorgung

(Aktivitäten des täglichen Lebens – 24/7 Alltag detailliert darstellen)

| |
|--|
| Ausgleich einer vorliegenden erheblichen Beeinträchtigung der Mobilität / des Gehens |
| Sicherstellung der Mobilität im Innen- und Außenbereich |
| Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Vermeidung von Isolation) |
| Ausgleich einer temporären Gehbehinderung (Fraktur o.ä.) |
| Ermöglichung einer physiologischen Sitzposition und Vermeidung von Folgeschäden |
| |
| |
| |

VERSORGUNGSVORSCHLAG

Bild-Dokumentation

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for image documentation. It occupies the majority of the page's vertical space below the 'Bild-Dokumentation' header.

VERSORGUNGSVORSCHLAG

Bild-Dokumentation

Herausforderung

ERPROBUNGSPROTOKOLL

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Erprobung durchgeführt am | Erprobung durchgeführt mit |
| Modell Erprobung | Dauer der Erprobung |

| | | |
|--|----|------|
| Die/der bezeichnete Versicherte ist geistig und körperlich in der Lage, das erprobte Hilfsmittel entsprechend zu bedienen und zu nutzen. | ja | nein |
| Von den erhobenen Daten der Erprobung auf Seite 1 – 11 habe ich Kenntnis genommen. | ja | nein |

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER / DES VERSICHERTEN ZUR DATENNUTZUNG

Mit dieser Einverständniserklärung zur Datennutzung erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten – auch medizinische Daten – zum Zweck einer optimalen Hilfsmittelversorgung in diesem Bericht erhoben und ausgewertet werden dürfen.

Falls erforderlich wird dieser Bericht in einem verschlossenen Umschlag an einen externen Gutachter zur Bewertung weitergeleitet. Dieser ist vertraglich verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO und BDSG) einzuhalten.

Ich wurde darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen auf freiwilliger Basis erfolgt und sich bei Nichtbeantwortung für mich grundsätzlich keine Nachteile ergeben. Unter Umständen kann es jedoch zu einer zeitlichen Verzögerung der Bewilligung durch den betreffenden Kostenträger kommen.

Eine Löschung der Daten bzw. die Vernichtung des Berichts erfolgt, wenn Ihre Daten nicht mehr benötigt bzw. die Hilfsmittelversorgung abgeschlossen ist und keine anderweitigen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten oder gesetzliche Rechtfertigungsgründe für die Speicherung bestehen.

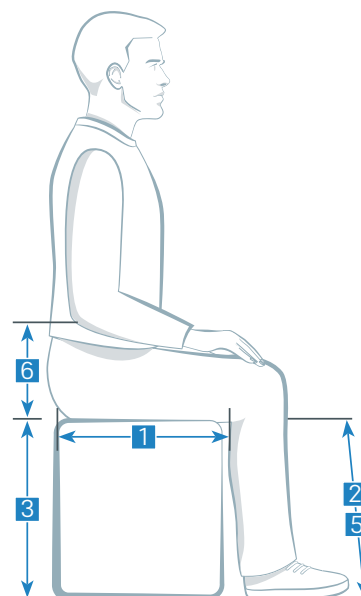
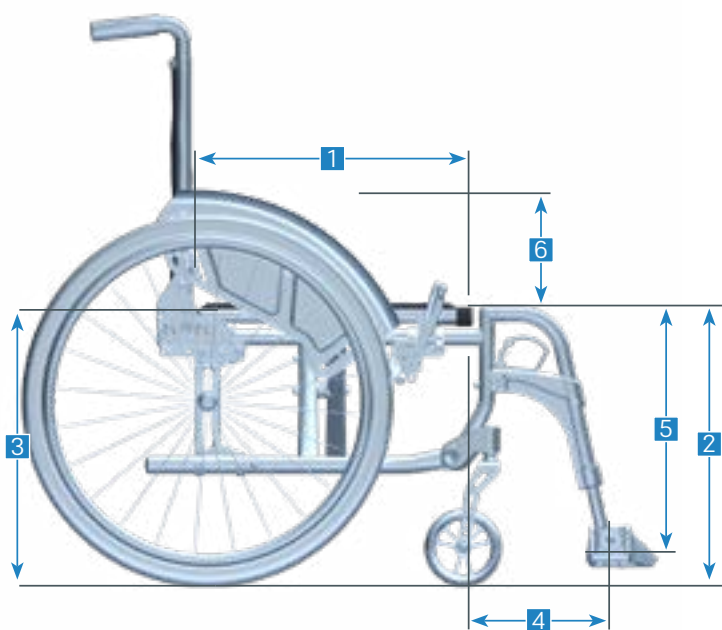
Wir versichern Ihnen, dass die Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) eingehalten werden.

| |
|---|
| Datum |
| Unterschrift Patient / Bevollmächtigter |
| Unterschrift Fachhändler |
| Unterschrift Hersteller |

SONDERANFERTIGUNGSPROTOKOLL

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN STANDARDMASSE ABWEICHEN

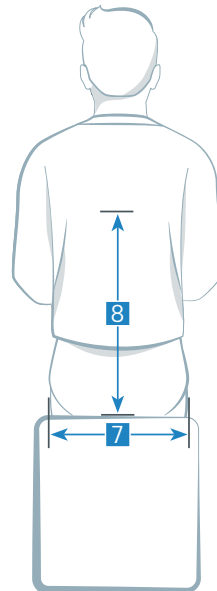
| Sonderanfertigungsmaß | Werte in cm | Bemerkungen |
|---|-------------|-------------|
| 1 Sitztiefe Oberschenkellänge, minus zwei Finger breit | | |
| 2 Sitzhöhe vorn Unterschenkellänge + ausreichend Abstand von Fußplatte zum Boden (min. 4 cm), ausgehend von Sitzplatte! | | |
| 3 Sitzhöhe hinten Abhängig von Sitzhöhe vorn, dem Sitzwinkel und der Sitztiefe, ausgehend von Sitzplatte! | | |
| 4 Beinstützentiefe Sitzplatte bis Mitte senkrechte Flucht zum Drehpunkt Fußplatte, ausgehend von Sitzplatte! | | |
| 5 Beinstützenlänge Sitzplatte bis Mitte Drehpunkt Fußplatte | | |
| 6 Armlehnenhöhe Oberkante Armlehnenpolster | | |
| | | |
| | | |



SONDERANFERTIGUNGSPROTOKOLL

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN STANDARDMASSE ABWEICHEN

| Sonderanfertigungsmaß | Werte in cm | Bemerkungen |
|---|-------------|-------------|
| 7 Sitzbreite Armlehnenposition berücksichtigen | | |
| 8 Rückenpolsterhöhe Von Sitzplatte bis unter die Schulterblätter | | |
| 9 Sitzkissenhöhe Wichtig! Wird vom Sonderanfertigungs- Team einkalkuliert | | |
| | | |
| | | |



Weitere Sonderanfertigungsoptionen

| Therapietisch | Zusatzhalterungen | Schiebegriffe | fest | verstellbar | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|------|-------------|--|
| | | links | | rechts | |
| Plattform für mobile Geräte notwendig | | | | | |