DIETZ Individual

# Erhebungsbogen & Sonderbaubericht

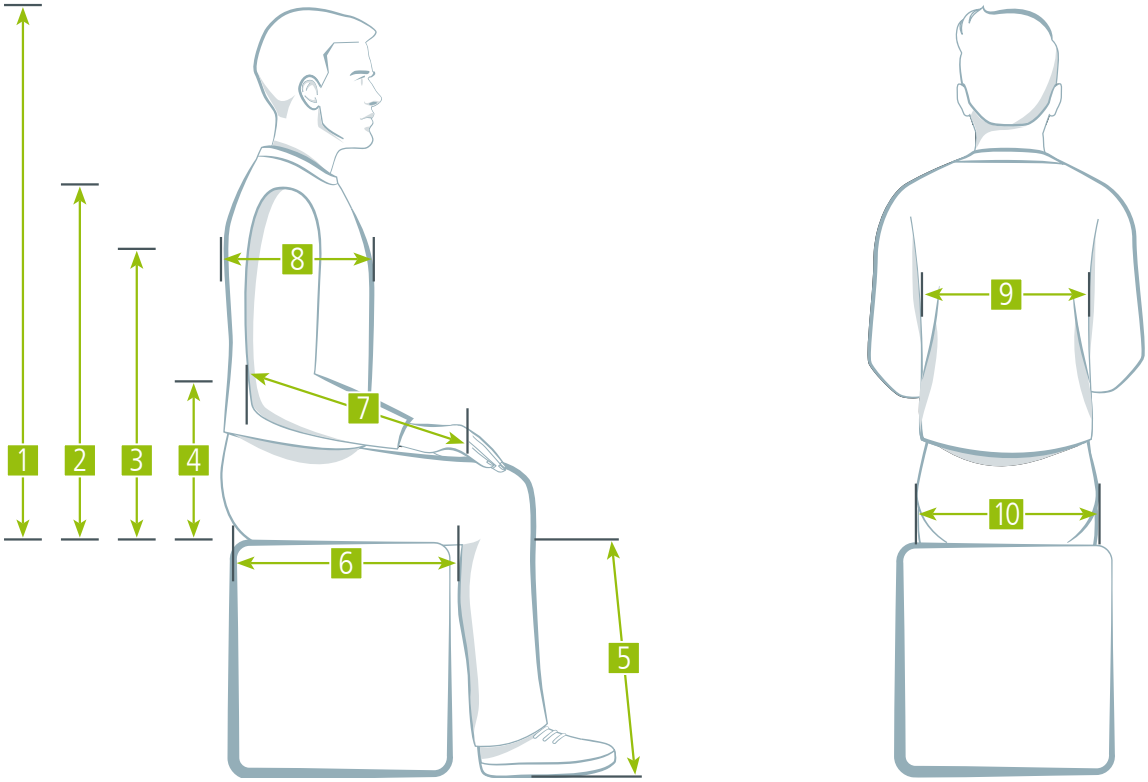
## Manuelle Rollstühle

## 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

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Erstversorgung | ☐ Folgeversorgung | ☐ Umversorgung |
| | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ RS Standard | ☐ RS Adaptiv/Aktiv | ☐ RS Leicht | ☐ Zusatzantrieb | ☐ Schiebehilfe | ☐ Elektro-Rollstuhl |
| | | | | | |

## Einsatzorte des Rollstuhls

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

## Umfeldanalyse (Angaben in cm)

| | |
|---|---|
| Türbreite (kleinste) | Türschwellenhöhe |
| 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 | ☐ Patient:in im Rollstuhl sitzend | ☐ Patient:in nicht im Rollstuhl sitzend |
| Maße Kofferraumöffnung (cm) Breite | Länge | Höhe |

## Diagnose

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

## Funktionseinschränkungen

| | rechts | links | | rechts | links |
|---|---|---|---|---|---|
| Arme / Hände | ☐ ja | ☐ ja | Beine | ☐ ja | ☐ ja |
| | ☐ nein | ☐ nein | | ☐ nein | ☐ nein |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ keine/ungenügende Rumpfstabilität | ☐ keine/ungenügende Kopfkontrolle | ☐ keine/ungenügende Gehfähigkeit |
| | | |

## Versorgungsvorschlag.

### Versorgungsziel

Bitte beschreiben Sie ausführlich Ihren gewünschten Sonderbau und begründen Sie die Notwendigkeit.

## Versorgungsvorschlag.

### Versorgungsziel

Bitte beschreiben Sie ausführlich Ihren gewünschten Sonderbau und begründen Sie die Notwendigkeit.

### Zielsetzung der Versorgung

- ☐ 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

## 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 neu) 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.

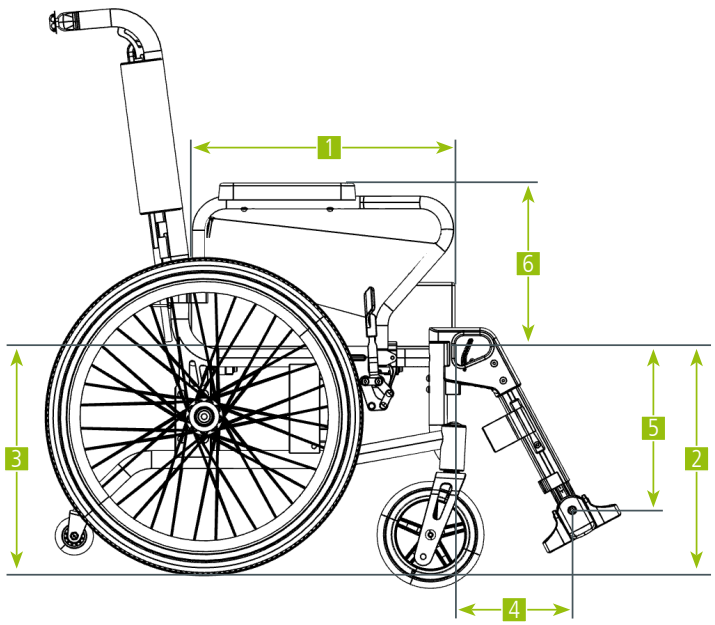
Wir versichern Ihnen, dass die Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG neu) eingehalten werden.

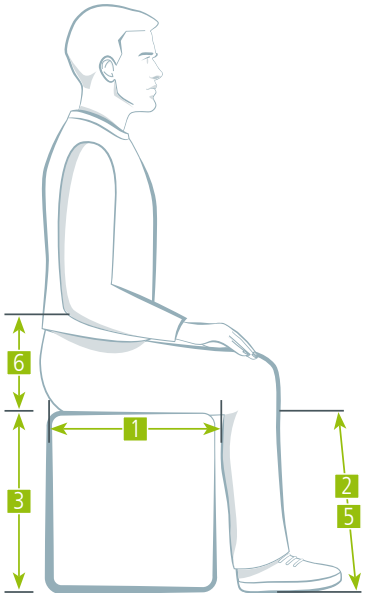
| |
|---|
| Datum |
| Unterschrift Patient / Angehöriger |
| Unterschrift Fachhändler |

## Sonderbauprotokoll.

**NUR AUSZUFÜLLEN, WENN STANDARDMASSE ABWEICHEN**

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

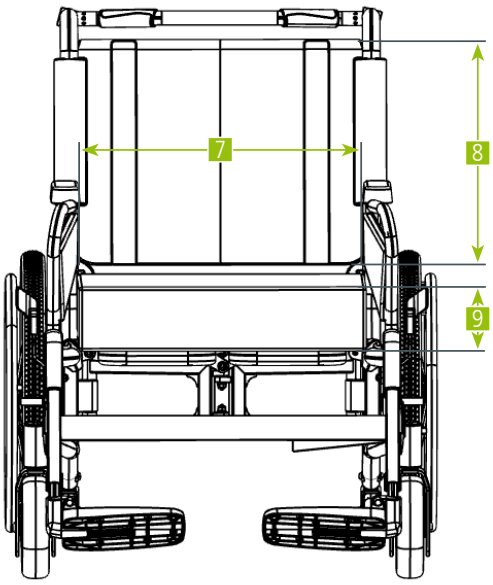


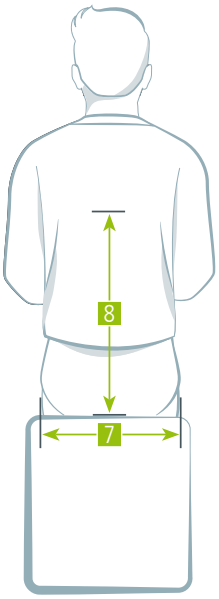



## Sonderbauprotokoll.

### NUR AUSZUFÜLLEN, WENN STANDARDMASSE ABWEICHEN

| Sonderbaumaß | Werte in cm | Bemerkungen |
|---|---|---|
| 7 Sitzbreite<br>Armlehnenposition berücksichtigen | | |
| 8 Rückenpolsterhöhe<br>Von Sitzplatte bis unter die Schulterblätter | | |
| 9 Sitzkissenhöhe<br>Wichtig! Wird vom Sonderbau-Team einkalkuliert | | |
| | | |
| | | |




## Weitere Sonderbauoptionen

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