

Bedarfsermittlungsbogen für manuelle Rollstühle



Name/Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich

Körpergewicht _____ Rezept vorhanden ja nein

Größe _____

Kostenträger _____

1. Versorgungsanlass

- Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

Anlass _____

2. Bisherige Hilfsmittelversorgung

3. Durchschnittliche Nutzungsdauer innerhalb 24 Std.

- < 4 Stunden 4 - 8 Stunden > 8 Stunden

4. Einsatzort/ -bereich

- Innen Aussen betreutes Wohnen Pflegeeinrichtung

