

# Erprobungsbericht inklusive Bedarfsermittlung für Elektrorollstühle



## FACHHANDEL

Firmenname

Ansprechpartner

Kontakt

Berater Sunrise Medical

## KUNDE

Name

Gesetzlicher Vertreter  ja  nein

Alter

Größe/Gewicht:  cm  kg

Kostenträger

## VERORDNUNG

Diagnose(n)	Hilfsmittel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weitere Diagnose(n)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## MEDIZINISCHER HINTERGRUND

Krankheitsverlauf (Wann, Was, Wie, Besonderheiten)	Versorgungsanlass:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegegrad:	Pflegesituation:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## KÖRPERFUNKTIONEN UND -STRUKTUREN

Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	
<input type="checkbox"/> Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Handfunktion
<input type="checkbox"/> Gelenkbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörung
<input type="checkbox"/> Muskelkraft	<input type="checkbox"/> Besonderheiten Skelett
<input type="checkbox"/> Muskelspannung (Tonus)	<input type="checkbox"/> Amputationen
Sonstiges	

Mentale/kognitive Funktionen	Sinnesfunktionen
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Sehen
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/> Hören
<input type="checkbox"/> Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn.
<input type="checkbox"/> Orientierung	<input type="checkbox"/> Feinmotorik
<input type="checkbox"/> Intelligenz	<input type="checkbox"/> Grobmotorik
<input type="checkbox"/> Komplexe Bewegungsabläufe	<input type="checkbox"/> Propriozeption (körperliche Selbstwahrnehmung)

# BEDARFSERMITTLUNG NACH ICF



<input type="checkbox"/> Persönlichkeit	<input type="checkbox"/> Sensorik
<input type="checkbox"/> Motivation	<input type="checkbox"/> ! Dekubitusrisiko
Sonstiges	

! Bei Bedarf Antidekubitusbogen ausfüllen

Vegetatives System	Kreislaufsystem
<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Immunsystem
<input type="checkbox"/> Verdauung und Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Atmung
<input type="checkbox"/> Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/> Atemmuskulatur
<input type="checkbox"/> Urinkontinenz	<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf
<input type="checkbox"/> Wärmeregulation	<input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen
Sonstiges	

## AKTIVITÄTEN UND TEILHABE

Mobilität	
<input type="checkbox"/> Sitzdauer	
<input type="checkbox"/> Sitzposition verändern	
<input type="checkbox"/> Transfer	
<input type="checkbox"/> Stehen	
<input type="checkbox"/> Gehen	
<input type="checkbox"/> Gegenstände handhaben und transportieren	
<input type="checkbox"/> Verkehr	
Sonstiges	

Interaktionen und Beziehungen	Personenbezogene Faktoren
<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Lebensstil
<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Krankheitsbewältigung
<input type="checkbox"/> Freundeskreis	<input type="checkbox"/> Sozialer Hintergrund
<input type="checkbox"/> Weitere	<input type="checkbox"/> Aufnahmefähigkeit
<input type="checkbox"/> Gesundheitsbewusstsein	
Sonstiges	

# BEDARFSERMITTLUNG NACH ICF



Selbstversorgung	Kommunikation
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Sprachverständnis
<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Sprachvermögen
<input type="checkbox"/> Selbstversorgung	<input type="checkbox"/> Smartphone/PC Nutzung
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Telefonieren
Sonstiges	

Häusliches Leben	Alltagsanforderungen
<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Krankenbehandlung:
<input type="checkbox"/> Haushalt	<input type="checkbox"/> Einkauf
<input type="checkbox"/> Versorgung anderer Haushaltsmitglieder	<input type="checkbox"/> U18: Integration Gleichaltriger
Sonstiges	

bedeutende Lebensbereiche	
<input type="checkbox"/> ! Produktivität	
<input type="checkbox"/> ! gesell. Leben	
<input type="checkbox"/> Privat	
Sonstiges	

! Zuständigkeit Kostenträger prüfen!

## UMWELTFAKTOREN

Vorhandene Hilfsmittel	Barrierefreiheit
<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> Wohnt in
Modell:	
<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel	<input type="checkbox"/> Innenraum
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät	<input type="checkbox"/> Zugang zum Wohnraum
	<input type="checkbox"/> Nähere Umgebung ist
<input type="checkbox"/> ! Hilfsmitteltransport mit	
Sonstiges	

! Zuständigkeit Krankenkasse prüfen!

## TECHNISCHE ANFORDERUNGEN:

<input type="checkbox"/> Tonusregulierung	<input type="checkbox"/> Positionierung auf Knopfdruck	<input type="checkbox"/> Höhenausgleich (Transfer)
<input type="checkbox"/> Kontrakturprophylaxe	<input type="checkbox"/> Funktionsanwahl per Knopfdruck	<input type="checkbox"/> Intuitive Fahrweise
<input type="checkbox"/> Ödemprophylaxe	<input type="checkbox"/> Schocklagerung	<input type="checkbox"/> Kleiner Wendekreis
<input type="checkbox"/> Kreislauftraining und Entlastung	<input type="checkbox"/> Stabile Sitzposition	<input type="checkbox"/> Unebener/unbefestigter Außenbereich
<input type="checkbox"/> Erleichterte Atmung	<input type="checkbox"/> Erweiterung Greifradius	<input type="checkbox"/> Überwinden hoher Kanten
<input type="checkbox"/> Vermeidung von Scherkräften	<input type="checkbox"/> Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/> Schwerpunktverstellung bei Steigung für Sicht und Stabilität
<input type="checkbox"/> Druckentlastung	<input type="checkbox"/> Selbstständig bedienbare Steuerung	<input type="checkbox"/> Selbstständige (Re-) Positionierung
<input type="checkbox"/> Hohes Nutzergewicht	<input type="checkbox"/> Pflegemanagement im RST (z.B. Tracheostoma, Kathetern, Liegetransfer)	<input type="checkbox"/> Intuitive Bedienung (Nutzer und Fremdperson)
<input type="checkbox"/> Vermeidung von Schmerzen	<input type="checkbox"/> Begleitperson	<input type="checkbox"/> Im Liegen liften
Sonstiges		

## TECHNISCHE LÖSUNG

<input type="checkbox"/> Antrieb	<input type="checkbox"/> Kantelungsoptionen
<input type="checkbox"/> Hochwertige Fahrwerksdämpfung	<input type="checkbox"/> Rückenwinkel elektrisch, min. <input type="checkbox"/> 100° <input type="checkbox"/> 130° <input type="checkbox"/> 150° <input type="checkbox"/> 175°
<input type="checkbox"/> Bürgersteighilfe	<input type="checkbox"/> Sitzlift
<input type="checkbox"/> 5-Tastenbox	<input type="checkbox"/> Biomechanischer Längenausgleich
<input type="checkbox"/> Individuell programmierbare Sitzverstellung	<input type="checkbox"/> Fußraste
<input type="checkbox"/> Individuell programmierbare Stehkurve	<input type="checkbox"/> Rückenführung
<input type="checkbox"/> Memorypositionen	<input type="checkbox"/> Kopfstütze
<input type="checkbox"/> Sondersteuerung	<input type="checkbox"/> Antidekubitussitzkissen !
<input type="checkbox"/> Sonderbauoption	
Sonstiges	

! Die meisten Krankenkassen bevorzugen separates Rezept

## ERPROBUNGSDOKUMENTATION

Produktbezeichnung:	<input type="text"/>	
Datum:	<input type="text"/>	
Ort:	<input type="text"/>	
Lademöglichkeit:	<input type="text"/>	
Die Erprobung war erfolgreich:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Video- / Fotodokumentation erstellt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es ist eine Begleit-/ Betreuungsperson notwendig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind bereits in der Funktion vergleichbare Hilfsmittel vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grund für Austausch:	<input type="checkbox"/> Nicht mehr passgerecht/fehlende Funktionen/Reparatur unwirtschaftlich <input type="text"/>	
Zusätzlich benötigtes Zubehör: (ärztl. Verordnung beifügen)	<input type="text"/>	

Mit den Unterschriften werden die zuvor genannten Angaben bestätigt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten/ gesetzlicher Vertreter	Beratender Mitarbeiter

### Sunrise Medical GmbH

Kahlbachring 2-4  
 D-69254 Malsch/HD  
 Tel.: +49 (0) 72 53 / 9 80-0  
 Fax: +49 (0) 72 53 / 9 80-222  
 E-Mail: kundenservice@sunrisemedical.de  
 www.SunriseMedical.de