

A Stuserhebung – Seite 1

Stammdaten für die zukünftigen Versorgungen.

Gemeinsam vom Therapeuten/Arzt/Eltern unter Einbeziehung des Leistungserbringers zu erheben

versichertes Kind: Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Erziehungsberechtigter: Name _____ Vorname _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Kostenträger: _____ Telefon _____ KV-Nummer: _____

Diagnosen:

Name und Adresse des verordnenden Arztes:

Name/Art und Anschrift der Institutionen, die das Kind besucht oder bewohnt:

Begleitende therapeutische Maßnahmen/Heilmittel:

Physiotherapie: _____ Name _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Logopädie/Sprachtherapie: _____ Name _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Ergotherapie: _____ Name _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Sonstige: _____ Name _____

Telefon: _____ e-mail: _____

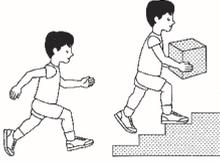
Welche umwelt- und/oder personbezogenen Kontextfaktoren müssen für die Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden?

Weitere Anlagen/Therapieberichte etc.

Röntgenbilder vorhanden: nein ja

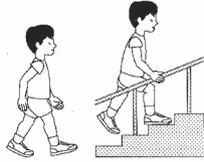
Körperregion 1 _____ Datum _____ Körperregion 2 _____ Datum _____

Einteilung des Behinderungsgrades in Anlehnung an das GMFCS (GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM)



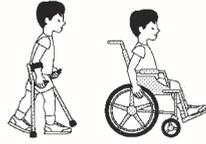
Stufe 1

Gehen ohne Einschränkung; Einschränkung der höheren motorischen Fähigkeiten



Stufe 2

Freies Gehen ohne Gehhilfen; Einschränkung beim Gehen außerhalb der Wohnung und auf der Straße



Stufe 3

Gehen mit Gehhilfen; Einschränkung beim Gehen außerhalb der Wohnung und auf der Straße



Stufe 4

selbstständige Fortbewegung eingeschränkt; Kinder werden geschoben o. benutzen E-Rollstuhl für draußen auf der Straße



Stufe 5

selbstständige Fortbewegung selbst mit elektrischen Hilfsmitteln stark eingeschränkt

Abbildungen entnommen mit frdl. 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.

Körperfunktionen- strukturen und Aktivitäten-Teilhabe (nach ICF)

KÖRPERFUNKTIONEN:	1	2	3	4	5	AKTIVITÄTEN UND TEILHABE	1	2	3	4	5
Mentale Funktionen						Lernen und Wissensanwendung					
Bewusstsein						Allg. Aufgaben und Anforderungen					
Orientierung						Kommunizieren					
Sinnesfunktionen und Schmerz						Als Empfänger					
Sehen						Als Sender (sprechen/nonverbal)					
Hören						Mobilität					
Schmerz empfinden						Die Körperposition ändern					
Funktionen des kardiovaskulären Systems						Die Körperposition aufrechterhalten					
Herzfunktion						sitzen					
Atemfunktion						stehen					
Funktionen des Verdauungssystems						Gegenstände tragen, bewegen, handhaben					
Neuromuskuläre und bewegungsbezogene Faktoren						Fortbewegung					
Gelenkbeweglichkeit:	1	2	3	4	5	Rollen, robben, krabbeln					
Wirbelsäule						Gehen (ohne HM) s.o.					
Schulter						Arm- und Handgebrauch					
Ellenbogen						Stützen					
Hand						Greifen/erreichen					
Hüfte						Selbstversorgung					
Knie						Körperpflege					
Fuß						An- u. Ausziehen					
Sonstige						Toilette benutzen					
Muskeltonus						Nahrungsaufnahme					
Muskelkraft						Weitere relevante Daten:					
Funktionen der Haut											
KÖRPERSTRUKTUREN:											
Versorgungsrelevante Strukturen:											

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

Unterschriften des Versorgungsteams:

Name	Unterschrift	Datum
Erziehungsberechtigte: _____		
Arzt/Therapeut: _____		
Leistungserbringer: _____		

Ich bin damit einverstanden, dass für das Kind (Vorname): _____ zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten einschließlich einer Fotodokumentation zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Hilfsmittelleistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Der Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten / Betreuers / sonstigen Verantwortlichen

Unterschrift _____ Datum _____