

Erprobungsbericht – Gehwagen für Erwachsene

Der Erprobungsbericht hilft Ihrem Kostenträger (Krankenkasse) bei der Prüfung, ob die Kosten für das getestete Hilfsmittel übernommen werden.

Füllen Sie den Bericht mit Unterstützung Ihres Reha-Fachberaters oder Therapeuten so vollständig wie möglich aus. Ihr Fachhändler (Sanitätshaus) kümmert sich um alles Weitere.

Er reicht den Bericht bei Ihrem Kostenträger ein – ZUSAMMEN mit der Verordnung (Rezept vom Arzt) und einem Kostenvoranschlag für das erprobte Hilfsmittel.

Welcher Gehwagen ist der richtige?

Ansprechpartner sind Ärzte, Therapeuten, Reha-Berater oder Fachhändler vor Ort. Gehwagen für Erwachsene sind anerkannte Hilfsmittel und können kostenlos und unverbindlich ausprobiert werden. Ihr Fachhändler (Sanitätshaus) oder Ihr Therapeut in der Einrichtung kann für Sie ein passendes Vorführmodell zur Erprobung anfordern.

1. Versicherter: Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Kontakt: Telefon: _____ E-Mail: _____

Geboren am (Datum): _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ansprechpartner: _____

Kontakt: Telefon: _____ E-Mail: _____

2. Versicherungs-Nr.: _____

Kostenträger: _____

3. Krankheitsbild: _____

4. Versorgungsanlass

Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

Erstversorgung = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

Zweitversorgung = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel.

Folgeversorgung = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

Umversorgung = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist.

5. Versorgungsrelevante Informationen zum Nutzer

6. Versorgungsziele Gehwagen: (einige Ziele sind mit den entsprechenden ICF-Codes versehen)

Mit der angestrebten Versorgung sollen nach ICF folgende Ziele erreicht werden:

Bereich: Körperfunktionen und –strukturen

- b1266 **Selbstvertrauen** – selbstbestimmt aktiv sein, selbstständiges Handeln fördern
- b1301 **Motivation** – Antrieb zum selbständigen Fortbewegen
- b1565 **Räumlich-visuelle Wahrnehmung** – bessere Orientierung und Beobachtung im Umfeld zum Erkunden der Umwelt
- b710 **Funktionen der Gelenkbeweglichkeit** – ermöglichen, erhalten und verbessern
- b720 **Funktionen der Beweglichkeit der Knochen** – z.B. Bewegungsumfang und die Leichtigkeit der Bewegung des Beckens
- b730 **Funktionen der Muskelkraft** – aufbauen, erhalten und verbessern
- b740 **Funktionen der Muskelausdauer** – aufbauen, erhalten und verbessern
- b755 **Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen** – z.B. Gleichgewichtsreaktionen zur Sturzprophylaxe
- b7602 **Koordination von Willkürbewegungen** – visuell gesteuerte Bewegungen, z.B. Auge-Fuß
- b770 **Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen** – physiologisches Gehtraining
- Verbesserung von Vitalfunktionen (Herz-Kreislaufsystem, Durchblutung, Atmung, Verdauung)
- Ödeme (Wasserablagerungen) vermeiden
- Gangbild verbessern (Ataxien vermeiden)
- Kontraktoren vorbeugen

- weitere Ziele, s. Textfeld ----->

Bereich: Aktivitäten und Teilhabe

- d4104 **Stehen** – in eine stehende Position gelangen
- d465 **Sich unter Verwendung von Geräten/ Ausrüstung fortbewegen** – Schaffung einer Möglichkeit zu selbständiger Fortbewegung
- d750 **Informelle soziale Beziehungen** – Kontakte zu Freunden, Nachbarn, Mitbewohnern etc. pflegen
- d760 **Familienbeziehungen** – Teilhabe Familienleben
- d8451 **Ein Arbeitsverhältnis behalten** – Aufgaben des Arbeitsplatzes erfüllen, z.B. in einer Werkstatt für Behinderte oder ausgelagerten Arbeitsplätzen
- d920 **Erholung und Freizeit** – Beteiligung an Spielen, Freizeit- oder Erholungsmöglichkeiten
- d9205 **Geselligkeit** – Freunde und Verwandte treffen, informell in der Öffentlichkeit treffen
- d940 **Menschenrechte** – selbstbestimmtes Leben
- Erweiterung des Lebensradius
- Grundbedürfniss des täglichen Lebens „Gehen“ ermöglichen
- Kommunikation auf Augenhöhe
- Rollstuhltransfer ermöglichen

- weitere Ziele, s. Textfeld ----->

7. Erforderliches Hilfsmittel – Ausstattung und Funktion:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 2000 medium (ehem. Easy-Walker medium) | HMV-Nr.: 10.46.02.2008 |
| <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 2000 large (ehem. Easy-Walker large) | HMV-Nr.: 10.46.02.2008 |
| <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 4 medium (ehem. Easy-Walker DS medium) | HMV-Nr.: 10.46.02.2012 |
| <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 4 large (ehem. Easy-Walker DS large) | HMV-Nr.: 10.46.02.2012 |

Auswahl benötigtes Zubehör zum Grundmodell:

• VELA Meywalk 2000 medium – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 2000 medium

- | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kippschutz | <input type="checkbox"/> Beintrennplatte | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Rücklauf Sperre | <input type="checkbox"/> Beinschienen | |
| <input type="checkbox"/> Schleifbremse | <input type="checkbox"/> Hüftstützen | |

• VELA Meywalk 2000 large – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 2000 large

- | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kippschutz | <input type="checkbox"/> Beintrennplatte | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Rücklauf Sperre | <input type="checkbox"/> Beinschienen | |
| <input type="checkbox"/> Schleifbremse | <input type="checkbox"/> Hüftstützen | |

• VELA Meywalk 4 medium – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 4 medium

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kippschutz | <input type="checkbox"/> Hüftstützen | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Lenkstopp | <input type="checkbox"/> Bauchkissen | |
| <input type="checkbox"/> Beinschienen | <input type="checkbox"/> Höhenreduzierungs-Set | |

• VELA Meywalk 4 large – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 4 large

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kippschutz | <input type="checkbox"/> Hüftstützen | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Lenkstopp | <input type="checkbox"/> Bauchkissen | |
| <input type="checkbox"/> Beinschienen | <input type="checkbox"/> Höhenreduzierungs-Set | |

8. ERGEBNIS

Erprobung (Vorstellung und Anpassung lt. Hilfsmittelverzeichnis)

Probestellung (Zeitraum wie folgt)

Zeitraum: Tage vom bis ca. Minuten pro Tag

Ort: privater / familiärer Bereich Institution im Außenbereich in Innenräumen

Allgemeinzustand VOR Erprobung / Probestellung: (wenn möglich durch Fotos und/oder Video-Dokumentation ergänzen)

Allgemeinzustand NACH Erprobung / Probestellung: (wenn möglich durch Fotos und/oder Video-Dokumentation ergänzen)

Ergebnis:

Wir bestätigen die Angaben und bitten um Kostenübernahme des erfolgreich erprobten Gehwagens für Erwachsene.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Therapeut

Ort, Datum

Unterschrift Fachhändler / Medizinprodukte-Berater