

Erprobungsbericht – Gehwagen für Kinder

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 Kinder 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 Kind

Einteilung des Behinderungsgrades in Anlehnung an das GMFCS (Gross Motor Function Classification System)

Stufe 1



Stufe 2



Stufe 3



Stufe 4



Stufe 5



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
- b1565 **Räumlich-visuelle Wahrnehmung** – bessere Orientierung und Beobachtung im Umfeld zum Erkunden der Umwelt
- b710 **Funktionen der Gelenkbeweglichkeit** – ermöglichen, erhalten und verbessern
- b730 **Funktionen der Muskelkraft** – aufbauen, erhalten und verbessern
- b740 **Funktionen der Muskelausdauer** – aufbauen, erhalten und verbessern
- b7602 **Koordination von Willkürbewegungen** – visuell gesteuerte Bewegungen, z.B. Auge-Fuß
- b770 **Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen** – physiologisches Gehtraining
- Verbesserung von Vitalfunktionen (Herz-Kreislaufsystem, Atmung, Verdauung)
- 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
- d760 **Familienbeziehungen** – Teilhabe Familienleben
- d815 **Vorschulerziehung** – Kindergarten-Besuch o.ä.
- d820 **Schulbildung** – Teilnahme am Schulunterricht
- d920 **Erholung und Freizeit** – Beteiligung an Spielen, Freizeit- oder Erholungsmöglichkeiten
- d9205 **Geselligkeit** – Freunde und Verwandte treffen
- Erweiterung des Lebensradius
- weitere Ziele, s. Textfeld ----->

7. Erforderliches Hilfsmittel – Ausstattung und Funktion:

- | | | | |
|--|------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> tGo | HMV-Nr.: 10.46.02.3038 | <input type="checkbox"/> VELA Miniwalk (ehem. Cito mini) | HMV-Nr.: 10.46.02.3013 |
| <input type="checkbox"/> Buddy Roamer /
Buddy Walkabout | HMV-Nr.: 10.46.02.3043 | <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 2000 small
(ehem. Easy-Walker small) | HMV-Nr.: 10.46.02.3031 |
| | | <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 4 micro
(ehem. Easy-Walker DS micro) | HMV-Nr.: 10.46.02.3054 |
| | | <input type="checkbox"/> VELA Meywalk 4 small
(ehem. Easy-Walker DS small) | HMV-Nr.: 10.46.02.3040 |

Auswahl benötigtes Zubehör zum Grundmodell:

• tGo – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör tGo

Sitz-Brems-System*

Rücklauf Sperre*

* nicht gleichzeitig einsetzbar

Beintrennplatte

Handgriffe, vertikal

Weiteres Zubehör:

• Buddy Roamer / Buddy Walkabout – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör Buddy Roamer

Beintrennplatte

Rücklauf Sperre

Handgriffe

Schultergurte

Weiteres Zubehör:

• VELA Miniwalk – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Miniwalk

Kippschutz

Rücklauf Sperre

Schleifbremse

Beintrennplatte

Beinschienen

Hüftstützen

Weiteres Zubehör:

• VELA Meywalk 2000 small – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 2000 small

Kippschutz

Rücklauf Sperre

Schleifbremse

Beintrennplatte

Beinschienen

Hüftstützen

Weiteres Zubehör:

• VELA Meywalk 4 micro – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 4 micro

lenkbare Hinterräder

• VELA Meywalk 4 small – Grundausrüstung: s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Meywalk 4 small

Kippschutz

Lenkstopp

Schleifbremse

Beinschienen

Hüftstützen

Bauchkissen

Höhenreduzierungs-Set

Weiteres Zubehör:

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 Reha-Wagens /-Buggys.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Therapeut

Ort, Datum

Unterschrift Fachhändler / Medizinprodukte-Berater