

# Erprobungsbericht – Reha-Kinderwagen

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 Reha-Kinderwagen ist der richtige?

Ansprechpartner sind Ärzte, Therapeuten, Reha-Berater oder Fachhändler vor Ort. Reha-Kinderwagen 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 Reha-Wagen /-Buggy: (einige Ziele sind mit den entsprechenden ICF-Codes versehen)

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

### Bereich: Körperfunktionen und –strukturen

- b1565 **Räumlich-visuelle Wahrnehmung** – Bessere Orientierung und Beobachtung im Umfeld zum Erkunden der Umwelt
- Haltungskontrolle von Rumpf und / oder Kopf verbessern
- Sekundärschäden vermeiden oder aufhalten (z.B. Deformitäten von Knochen, Sehnen)
- Verbesserung von Vitalfunktionen (Herz-Kreislaufsystem, Atmung, Verdauung)
- Reduktion von äußerer Reizüberflutung (z.B. Licht, Bewegungen, Geräusche)
- weitere Ziele, s. Textfeld ----->

### Bereich: Aktivitäten und Teilhabe

- d4153 **In sitzender Position verbleiben** – für einen Zeitraum sicher, stabil und physiologisch Sitzen
- d470 **Transportmittel benutzen** – sichere, möglichst uneingeschränkte Beförderung außerhalb des Hauses
- d750 **Informelle soziale Beziehungen** – Kontakte zu Freunden, Nachbarn, Bekannten ermöglichen
- d760 **Familienbeziehungen** – Teilhabe am familiären Leben
- 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"/> EASyS Advantage (ehem. Advantage)	HMV-Nr.: 18.99.01.2085	<input type="checkbox"/> Swifty	HMV-Nr.: 18.99.01.1044
<input type="checkbox"/> EASyS Advantage S (ehem. Basic)	HMV-Nr.: 18.99.01.2087	<input type="checkbox"/> Swifty 2	HMV-Nr.: 18.99.01.1048
<input type="checkbox"/> EASyS Modular S (ehem. Modular)	HMV-Nr.: 18.99.01.2088	<input type="checkbox"/> Mewa	HMV-Nr.: 18.99.01.1047
<input type="checkbox"/> Grizzly	HMV-Nr.: 18.99.01.2091	<input type="checkbox"/> Mouse	HMV-Nr.: 18.99.01.1053
<input type="checkbox"/> Yeti	HMV-Nr.: 18.99.01.2xxx	<input type="checkbox"/> Pegaz	HMV-Nr.: 18.99.01.1046

Auswahl benötigtes Zubehör zum Grundmodell:

- **EASyS Advantage – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

### Benötigtes Zubehör EASyS Advantage

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Sitzhose           | <input type="checkbox"/> Kopfstütze             |
| <input type="checkbox"/> Handbogen       | <input type="checkbox"/> H-Gurt             | <input type="checkbox"/> Sonnen- / Wetterschutz |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten  | <input type="checkbox"/> Schmetterlingsgurt | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:      |
| <input type="checkbox"/> Beckengurt      | <input type="checkbox"/> Sitzweste          | _____   |

- **EASyS Advantage S – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

### Benötigtes Zubehör EASyS Advantage S

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Sitzhose           | <input type="checkbox"/> Kopfstütze             |
| <input type="checkbox"/> Handbogen       | <input type="checkbox"/> H-Gurt             | <input type="checkbox"/> Sonnen- / Wetterschutz |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten  | <input type="checkbox"/> Schmetterlingsgurt | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:      |
| <input type="checkbox"/> Beckengurt      | <input type="checkbox"/> Sitzweste          | _____   |

- **EASyS Modular S – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

### Benötigtes Zubehör EASyS Modular S

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fußgurte        | <input type="checkbox"/> Beckengurt         | <input type="checkbox"/> Sitzweste              |
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Sitzhose           | <input type="checkbox"/> Sonnen- / Wetterschutz |
| <input type="checkbox"/> Handbogen       | <input type="checkbox"/> H-Gurt             | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:      |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten  | <input type="checkbox"/> Schmetterlingsgurt | _____   |

- **Grizzly – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen – komplettes Zubehör inklusive

- **Yeti – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen – komplettes Zubehör inklusive

- **Swifty – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

### Benötigtes Zubehör Swifty

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fußgurte        | <input type="checkbox"/> Beckengurt         | <input type="checkbox"/> Sonnen- / Wetterschutz |
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Sitzhose           | <input type="checkbox"/> Korb                   |
| <input type="checkbox"/> Handbogen       | <input type="checkbox"/> Schmetterlingsgurt | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:      |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten  | <input type="checkbox"/> Sitzweste          | _____   |

- **Mewa – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen – komplettes Zubehör inklusive

- **Mouse – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen – komplettes Zubehör inklusive

- **Pegaz – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen – komplettes Zubehör inklusive

## 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