

Erprobungsbericht – Therapiestuhl

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 Therapiestuhl ist der richtige?

Ansprechpartner sind Ärzte, Therapeuten, Reha-Berater oder Fachhändler vor Ort. Therapiestühle 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 Therapiestuhl: (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
- b7602 **Koordination von Willkürbewegungen** – visuell gesteuerte Bewegungen, z.B. Auge-Hand
- Haltungskontrolle von Rumpf und / oder Kopf verbessern
- Sekundärschäden vermeiden oder aufhalten (z.B. Deformitäten von Knochen, Sehnen)
- Verbesserung von Vitalfunktionen (Herz-Kreislaufsystem, Atmung, Verdauung)
- weitere Ziele, s. Textfeld ----->

Bereich: Aktivitäten und Teilhabe

- d4153 **In sitzender Position verbleiben** – für einen Zeitraum sicher, stabil und physiologisch Sitzen
- d440 **Feinmotorischer Handgebrauch** – Gegenstände aufnehmen, handhaben und loslassen; Verbesserung des aktiven Einsatzes der Arme und Hände
- d760 **Familienbeziehungen** – Teilhabe Familienleben
- d550 **Essen** – Nahrungsaufnahme soll verbessert / erleichtert werden
- d560 **Trinken** – Getränkeaufnahme soll verbessert / erleichtert werden
- d815 **Vorschulerziehung** – Kindergarten-Besuch o.ä.
- d820 **Schulbildung** – Teilnahme am Schulunterricht
- d920 **Erholung und Freizeit** – Beteiligung an Spielen, Freizeit- oder Erholungsmöglichkeiten
- weitere Ziele, s. Textfeld ----->

7. Erforderliches Hilfsmittel – Ausstattung und Funktion:

- VELA Hip Hop 100 HMV-Nr.: 26.11.05.0029
- VELA Tango 600S HMV-Nr.: 26.11.05.0900
- VELA Tango 600ES HMV-Nr.: 26.11.05.0900
- VELA Tango 700 HMV-Nr.: 26.11.05.0900
- VELA Tango 700E HMV-Nr.: 26.11.05.0900
- Siis HMV-Nr.: 26.11.05.0900

Auswahl benötigtes Zubehör zum Grundmodell:

• **VELA Hip Hop 100 – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Hip Hop 100

- | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußstütze | <input type="checkbox"/> Therapietisch | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Beckengurt | |
| <input type="checkbox"/> Schiebebügel | <input type="checkbox"/> H-Gurt | |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten | <input type="checkbox"/> Kopfstütze | |

• **VELA Tango 600S / 600ES – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Tango 600S / 600ES

- | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußstütze | <input type="checkbox"/> Antikippschutz | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Beckengurt | |
| <input type="checkbox"/> Schiebebügel | <input type="checkbox"/> Oberschenkelstütze | |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten | <input type="checkbox"/> Kopfstütze | |

• **VELA Tango 700S / 700ES – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

Benötigtes Zubehör VELA Tango 700 / 00E

- | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußstütze | <input type="checkbox"/> Antikippschutz | <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Abduktionsblock | <input type="checkbox"/> Beckengurt | |
| <input type="checkbox"/> Schiebebügel | <input type="checkbox"/> Oberschenkelstütze | |
| <input type="checkbox"/> Thoraxpelotten | <input type="checkbox"/> Kopfstütze | |

• **Siis – Grundausrüstung:** s. Bestellbogen

Modellversion Siis

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siis Gr. 1 | <input type="checkbox"/> Siis M (mini) | <input type="checkbox"/> Siis H (extra Sitzhöhe) |
| <input type="checkbox"/> Siis Gr. 2 | <input type="checkbox"/> Siis S (schmaler Sitz) | <input type="checkbox"/> Siis P (breiter Sitz) |

Benötigtes Zubehör Siis

- | | |
|---------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Impulsgeber, tiefenverstellbar | _____ |
| <input type="checkbox"/> Weiteres Zubehör: | _____ |

8. ERGEBNIS der Erprobung

Zeitraum: Tage vom bis ca. Minuten pro Tag

Ort: privater / familiärer Bereich Institution im Außenbereich in Innenräumen

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

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

Ergebnis:

Wir bestätigen die Angaben und bitten um Kostenübernahme des erfolgreich erprobten Therapiestuhls für Kinder.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Therapeut

Ort, Datum

Unterschrift Fachhändler / Medizinprodukte-Berater