

B Produktbezogener Teil
PG 18 Krankenfahrzeuge

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

- Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.
* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.
* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel
* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

- familiärer Bereich Institution außer Haus im Haus

Besonderheiten (z.B. hohes Stockwerk ohne Aufzug o.ä.): _____

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

a) Definitiv geplante OPs: _____

b) Maße: _____

5. Zielsetzung der Versorgung (PG 18)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.

Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw.

Betreuer des Kindes verantwortlich.

Körperfunktionen und -strukturen

- Ermöglichen einer stabilen, sicheren und physiologischen Sitzposition
- Verbesserung der Haltungskontrolle im Sitzen
- Kräftigung der Arm- und Schultergürtelmuskulatur durch selbstständiges Fortbewegen
- _____

Aktivitäten und Teilhabe

- Schaffung einer Möglichkeit zu selbständiger Fortbewegung
- Förderung der Selbstständigkeit
- Verbesserung der visuellen Orientierung zum Erkunden der Umwelt
- Sichere Beförderung außer Haus (z.B. Arzt/Klinikbesuche)
- Teilnahme am organisierten sozialen Leben innerhalb der Familie sowie anderen sozialen Gemeinschaften und Bildungseinrichtungen
- Erweiterung des Lebensradius von Eltern und Kind
- Teilnahme am Sportunterricht im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht
- _____

- Sonstiges

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschreiben Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum



7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung:



Stand Juni 2013

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr.: _____

Begründung des Einzelproduktes:

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 Hilfsmittelleistungserbringers (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