

B Produktbezogener Teil
PG 04 Badehilfen / PG 33 Toilettenhilfen

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 Internat, Wohnheim

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 04 / PG 33)

Bitte kreuzen Sie das Grundziel an und formulieren Sie darunter ein gut überprüfbares Individualziel. 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

- Schaffen einer sicheren Sitz- und Liegeposition in Wanne und Dusche
- Ermöglichen einer adäquaten Körper- und Hautpflege
- _____

Aktivitäten und Teilhabe

- Erleichtern der Blasen- und Darmentleerung
- Erleichterung der selbstständigen Körperhygiene
- Schaffung von Möglichkeiten ein Toilettentraining durchführen zu können
- Erleichterung des selbstständigen Transfers in Wanne / Dusche bzw. auf die Toilette
- Erleichterung der Durchführung der Körperpflege für die Pflegeperson
- Erleichterung der Durchführung der Körperpflege im Badezimmer für die Pflegeperson
- _____

- 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

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum



7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Stehbett/Steillagerungsbett)

Begründung:



Stand Juni 2013

Bedarfsmittlungsbogen zur Kinderversorgung - Anlage zur Verordnung

B Produktbezogener Teil Seite 4 • PG 04 Badehilfen / PG 33 Toilettenhilfen

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