

B Produktbezogener Teil
PG 10 Gehhilfen

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 10)

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

- Verbesserung der Gewichtsübernahme auf die Beine
- Verbesserung der Körperkoordination- und kontrolle
- Kräftigung der Rumpf- und Beinmuskulatur
- Prävention von Sekundärschäden (Inaktivitätsosteoporose, Gelenkfehlbildungen, Weichteilkontrakturen)
- Erweiterung des Bewegungsradius
- Verbesserung der Vitalfunktionen (Herzkreislauf, Atmung, Verdauung)
- _____

Aktivitäten und Teilhabe

- Schaffen einer Möglichkeit zur selbständigen Fortbewegung
- Verbesserung des Gangbildes
- Unfallprävention beim selbständigen Gehen
- Förderung der räumlichen Orientierung
- Sichere und stabile Position, um das Umfeld besser beobachten zu können
- _____

- 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

Zielerreichung voll teilweise nicht

Bemerkungen: _____

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer _____

verantwortlicher Arzt / Therapeut _____

Leistungserbringer _____ Datum _____



6. Anforderungen an die Ausstattung

- Anterior Walker
- Posterior Walker
- Gehtrainer
- schienengeführter Gehtrainer
 - Schleifbremse
 - Rücklauf Sperre
 - Kippschutz
 - Arm/Unterarmauflage
 - Gesäßpelotte
 - Hüftpelotte/Seitenführungspelotte
 - Rückenpelotte
 - Brustpelotte-Ring
 - Kopfstütze
 - Sitz/Sattel
 - Sitzhose
 - Beinführungsschiene
 - Beintrennplatte
 - Schiebebügel
 - Transporttablett/Korb/Tisch
 - Einstellbarer Neigungswinkel
- Vierpunktgehstütze
- Unterarmgehstütze
- Sonstiges

NAME / VORNAME DES KINDES:

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte füllen Sie diesen Teil unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG aus.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung zu dem Hilfsmittel für die Benutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

Bemerkungen:

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

Begründung:

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Begründung des Einzelproduktes:

Typ: _____ HMV-Nr.: _____

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

