

B Produktbezogener Teil
PG 26 Sitzhilfen

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

Umwelt- und / oder personenbezogenen Kontextfaktoren _____

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 26)

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

- Haltungskontrolle von Rumpf und / oder Kopf verbessern
- Sekundärschäden vermeiden oder aufhalten (z.B. Deformitäten von Knochen, Sehnen)
- _____

Aktivitäten und Teilhabe

- sicheres, stabiles, physiologisches Sitzen ermöglichen
- Verbesserung des aktiven Einsatzes der Arme u. Hände
- Aufrechter Sitz soll über _____ Minuten gehalten werden
- Die Nahrungsaufnahme soll verbessert/ erleichtert werden
- Bessere visuelle Orientierung im Raum bzw. Beobachtung des Umfeldes
- Erweiterung des Lebensradius von Familie und Kind
- Teilnahme am familiären Leben, an Aktivitäten in der Einrichtung
- sichere, möglichst uneingeschränkte Beförderung innerhalb oder außerhalb des Hauses
- _____

- 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

Sitzsystem:

- Therapiestuhl
- Sitzschale vorkonfektioniert
- Sitzschale individuell
 - nach Maß
 - nach Formabdruck
- Dynamisches Sitzsystem
- Kinder- Sitzsystem für Rollstuhl
- Autositz
- Sonstiges

Zubehör:

- Becken- Lendenanstützung
- Anatomisch geformter Sitz
- Thoraxpelotten
- Begurtung Becken
- Abduktionsführung
- Fußbrett
- Begurtung Füße
- Thoraxpelotten
- Armlehnen
- Therapietisch
- Oberarmführung
- Begurtung Oberkörper
- Schiebegriffe
- Sonstiges

Untergestell:

- Fahrgestell für den Innenraum
- Fahrgestell für den Außenbereich
- Fahrgestell für den Innen- und Außenbereich
- Fahrgestell mit Greifreifen
- Buggy-/ Rehakarren-Untergestell
- Sitzhöhenverstellung (von _____ bis _____)
- Sitzkantelung
- Sonstiges

NAME / VORNAME DES KINDES:

Anpassbogen ist beigelegt

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 |
| <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

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