

Bedarfsermittlungsbogen
und
Checkliste
für
Elektro-Rollstühle

Name des Versicherten:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Grösse:

Diagnose:

Geschlecht:

männlich

weiblich

Rezept vorhanden:

ja

nein

Kostenträger:

IV

SUVA

Privat

Sonstige

Angaben zur Versorgung

Erstversorgung

Folgeversorgung

Bemerkung:

Angaben zur Folgeversorgung/Änderung der Versorgung

Funktionseinschränkung (Hand, Kopf, Beine) hat sich:

verbessert

verschlechtert

Nutzung des Rollstuhl:

aktiv über Eingabegerät

passiv (Begleitperson)

Bemerkung:

Angaben zum versorgenden Elektrorollstuhl

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Elektrorollstuhl | <input type="checkbox"/> | Sitz/Rücken elektrisch |
| <input type="checkbox"/> | Elektrorollstuhl mit Liftfunktion | | |
| <input type="checkbox"/> | Elektrorollstuhl mit Liftfunktion und Memory Funktionen | | |
| <input type="checkbox"/> | Elektrorollstuhl mit Stehfunktion | | |
| <input type="checkbox"/> | Beckengurt | <input type="checkbox"/> | Brustgurt |
| <input type="checkbox"/> | hochklappbare Armauflage | | |
| <input type="checkbox"/> | mitlaufende Armauflage | | |
| <input type="checkbox"/> | Seitenpelotten | <input type="checkbox"/> | Kniepelotten |
| <input type="checkbox"/> | Kopfstütze | | |
| <input type="checkbox"/> | Fussstützen einzeln | <input type="checkbox"/> | Fussstützen zentral |
| <input type="checkbox"/> | Fussstützen manuell | <input type="checkbox"/> | Fussstützen elektrisch |

Bemerkung: _____

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sedeo Lite Sitzsystem (einfache klinische Anforderungen) |
| <input type="checkbox"/> | Sedeo Pro Sitzsystem (mittlere klinische Anforderungen) |
| <input type="checkbox"/> | Sedeo Ergo Sitzsystem (hohe klinische Anforderungen) |
| <input type="checkbox"/> | Sitzneigung manuell (0°, 3°, 6°) |
| <input type="checkbox"/> | Sitzneigung elektrisch 20° |
| <input type="checkbox"/> | Sitzneigung elektrisch 30° |
| <input type="checkbox"/> | Sitzneigung elektrisch 50° |
| <input type="checkbox"/> | Rückenverstellung manuell |
| <input type="checkbox"/> | Rückenverstellung elektrisch |
| <input type="checkbox"/> | Rückenverstellung elektrisch mit Längenausgleich |

Bemerkung: _____

Einstufung nach Wichtigkeit zwecks Auswahl der Antriebsarten

 Wie wichtig ist die Wendigkeit (intuitives Fahren)? _____

 Fahren im Innen (Tür, beengte Räume)? _____

 Fahren im Aussen (unbefestigte Wege, Kanten)? _____

 Wie wichtig ist die Reichweite? _____

 Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel? _____

- Mittelradantrieb
 Heckantrieb
 Frontantrieb

Steuerungsart

 Handsteuerung:

<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links
<input type="checkbox"/>	LED	<input type="checkbox"/>	LCD
<input type="checkbox"/>	LCD-HD		

 Sondersteuerung:

<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links
<input type="checkbox"/>	Schalter Funktion (3 oder 4 Achsen Taster)		
<input type="checkbox"/>	Proportionale Funktion (Joystick)		

 Montage:

<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>	Kinn
<input type="checkbox"/>	Kopf	<input type="checkbox"/>	Fuss

 Taste:

<input type="checkbox"/>	Ein/Aus	<input type="checkbox"/>	Mode
--------------------------	---------	--------------------------	------

 Bemerkung: _____

Status des Benutzers

Transfer von/in den Elektrorollstuhl:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | über Stand | <input type="checkbox"/> | seitlich |
| <input type="checkbox"/> | selbstständig | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> | mit Patientenlifter | <input type="checkbox"/> | Hilfe Rutschbrett |

Rumpfstabilität:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | freies Sitzen | <input type="checkbox"/> | geführtes Sitzen |
| <input type="checkbox"/> | kein freies Sitzen | | |

Sitzdauer:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | unter 4 Stunden | <input type="checkbox"/> | 4-8 Stunden |
| <input type="checkbox"/> | mehr als 8 Stunden | | |

Muskeltonus Arm:

- | | | | | | | |
|--------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| rechts | <input type="checkbox"/> | hypoton | <input type="checkbox"/> | hyperton | <input type="checkbox"/> | normoton |
| links | <input type="checkbox"/> | hypoton | <input type="checkbox"/> | hyperton | <input type="checkbox"/> | normoton |

Muskeltonus Bein:

- | | | | | | | |
|--------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| rechts | <input type="checkbox"/> | hypoton | <input type="checkbox"/> | hyperton | <input type="checkbox"/> | normoton |
| links | <input type="checkbox"/> | hypoton | <input type="checkbox"/> | hyperton | <input type="checkbox"/> | normoton |

Muskeltonus Rumpf:

- | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | hypoton | <input type="checkbox"/> | hyperton | <input type="checkbox"/> | normoton |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

Bemerkung: _____

Hypoton: Mangel an Muskelstärke/Muskelspannung
 Hyperton: Erhöhung der Muskelstärke/Muskelspannung
 Normoton: Normale Muskelstärke/Muskelspannung

Arm-, Hand, Fingermotorik
Armkraft:

rechts	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend
links	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend

Handkontrolle:

rechts	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend
links	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend

Funktionshand: rechts links

Bemerkung: _____

Bein-, Fussmotorik
Beinkraft:

rechts	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend
links	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend

Fusskontrolle:

rechts	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend
links	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	fehlend

Bemerkung: _____

Rollstuhlabhängigkeit: vollständig teilweise

Assoziierte Bewegungen (unkontrollierte, einschliessende Bewegungen/Spastiken)

- | | | | | |
|------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Arm rechts: | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Arm links: | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Bein rechts: | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Bein links: | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Kontrakturen (Gelenk): | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Bemerkung: _____

Kognitive Defizite

Kann der Kunde normal sprechen und auch über längere Zeit?

- | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Kommt der Kunde im häuslichen Umfeld mit dem E-Rollstuhl gut zurecht?

- | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

Sichtfeld eingeschränkt? ja nein

Reaktionsvermögen? ja nein

Betreuung vorhanden? ja nein

Familienstand? single verheiratet

Bemerkung: _____

Allgemeine Lebensumstände

Soziales Umfeld:

- Der Kunde befindet sich zur Zeit noch in der Reha/im Krankenhaus

Häusliches Umfeld:

- bekannt nicht bekannt

Das Hilfsmittel wurde im häuslichen Umfeld erfolgreich erprobt:

- ja nein

Häusliches Umfeld/Nutzung:

- Innenbereich Aussenbereich
 Innen- ind Aussenbereich

Häufigster Einsatzbereich:

- überwiegend eben überwiegend hügelig und Kanten
 bergig (Steigungen und Neigungen)

Fahrstrecke:

- Einkaufen für täglichen Bedarf Hausarzt
 Öffentliche Verkehrsmittel Therapie
 Amt
 Sonstige: _____

Unterbringung des Hilfsmittel:

- im Freien Garage
 Carport

Ladbarkeit gewährleistet (Unterweisung):

- ja nein

