

## MEDIZINISCHE VERORDNUNG ZUM ERHALT EINER MOBILITÄTSHILFE UND/ODER -ANPASSUNG

**!! Bitte alle Felder ausfüllen!!**

### ANGABEN ZUR PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

*Vignette der Krankenkasse anbringen.*

Vignette der Krankenkasse:	
Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse	
Versicherung im Ausland (1)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Falls die Person mit Unterstützungsbedarf im Wohn- und Pflegezentrum  
wohnt:*

Name des Wohn- und Pflegezentrums	
Adresse des Wohn- und Pflegezentrums	

(1) Falls Sie im Ausland versichert sind, müssen Sie zuerst die Anfrage auf Kostenübernahme dort stellen (Artikel 10 des Erlasses der Regierung über die Mobilitätshilfen vom 20 Juni 2017).



Vennbahnstraße 4/4  
B-4780 St. Vith



[www.selbstbestimmt.be](http://www.selbstbestimmt.be)



080 / 229 111



**Telefonische  
Erreichbarkeit:**  
Montag bis Freitag  
08:30 – 12:00 Uhr  
13:00 – 16:30 Uhr

**Möchten Sie dieses  
Schreiben in Leichter  
Sprache, Brailleschrift  
oder Großschrift erhalten,  
kontaktieren Sie bitte  
Ihren Ansprechpartner**

## **1. VERORDNUNG**

Vom verordnenden Arzt auszufüllen.

Ich, Unterzeichneter, Doktor in Medizin,.....  
bestätige hiermit, dass die Person mit Unterstützungsbedarf funktionelle und/oder anatomische Beeinträchtigungen aufweist, die eine Einschränkung seiner Mobilität zur Folge haben. Dies bringt Probleme in Bezug auf seine Teilhabe am sozialen Leben mit sich. Um dem entgegen zu wirken, muss die Person mit Unterstützungsbedarf **definitiv** eine geeignete Mobilitätshilfe erhalten.

Der Gebrauch ist	<input type="checkbox"/> zeitweilig <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> definitiv
Der Gebrauch ist nötig	<input type="checkbox"/> täglich punktuell <input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> wöchentlich ein paar Stunden
Anfrage für: <b>Eine Standardmobilitätshilfe:</b> <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> manueller Standardrollstuhl  <input type="checkbox"/> <b>Eine anpassungsfähige Mobilitätshilfe<sup>2</sup></b> (Modular-, Aktiv-, Multipositionsrollstuhl, elektronischer Rollstuhl, Skooter, Rehauggy für Kinder, Untergestell für Sitzschale, orthopädisches Dreirad, anpassbares modulares System zur Sitzunterstützung, elektrischer Stehtrainer, Maß Anfertigung)		<input type="checkbox"/> Antidekubituskissen

<sup>1</sup> Zeitweiliger Gebrauch: Keine Bezuschussung über die DSL. Ausleihe unter anderem über das Rote Kreuz und die Krankenkassen möglich.

<sup>2</sup> Hier klärt das Expertiseteam ab, welche der obengenannten Mobilitätshilfe dem Bedarf der PmU entspricht.

## **2. DIAGNOSE UND AKTUELLE MEDIZINISCHE SITUATION**

**Beginn (Datum)**  /  /  der Erkrankung oder des Ereignisses, welche(s) die Beeinträchtigung ausgelöst hat

**Beschreibung** der Erkrankung oder des Ereignisses...

Die Beeinträchtigung ist die Folge eines Unfalls:  JA  NEIN

Falls JA: handelt es sich um einen „Arbeitsunfall oder Unfall mit Drittverschulden»

### **Alle Diagnosen auflisten:**

- Vorgeschichte:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Aktuelle Diagnose und Beschreibung der aktuellen medizinischen Situation:

**Bitte medizinische Berichte (Rehabericht, Berichte von Fachärzten, ...) beifügen**

Die Mobilität wird sich innerhalb der nächsten 6 Monaten

nicht verändern (bleibt stabil)

verbessern

verschlechtern

Die Mobilität ist innerhalb der nächsten 5 Jahre durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen:  JA  NEIN

Wenn JA:  positiv –  stabil

### **3. GLOBALE BESCHREIBUNG DER FUNKTIONEN DER PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF**

In der medizinischen Verordnung beschreibt der verordnende Arzt, auf Basis der Diagnose, das Ausmaß der funktionellen und/oder anatomischen Beeinträchtigungen, sowie die daraus resultierenden Einschränkungen bezüglich der Aktivitäten und der Teilhabe. Zu diesem Zweck bewertet er detailliert eine gewisse Anzahl Funktionen des Bewegungsapparates nach der ICF Kodierung. (\*)

Die globale Auswertung der verschiedenen Funktionen gibt Ausschlag darüber, ob die Person mit Unterstützungsbedarf für die vorgeschlagene Mobilitätshilfe in Frage kommt.

(\*) Zusatzinformationen einsehbar unter  
[www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm](http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm)

<b>Funktion / Aktivität und Teilhabe</b>	<b>Globale Beschreibung und Begründung nach ICF</b>
<p>a. Sich <b>drinnen fortbewegen</b> ICF/d4600</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel allein durchführbar. (ICF 0)</li> <li><input type="checkbox"/> allein, jedoch nur langsam und/ oder mit Anleitung / Beobachtung durchführbar (ICF 1)</li> <li><input type="checkbox"/> mit einem anderen, als dem angefragten Hilfsmittel durchführbar (ICF 2)</li> <li><input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Begleitperson oder dem angefragten Hilfsmittel durchführbar (ICF 3)</li> <li><input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Begleitperson sowie dem angefragten Hilfsmittel durchführbar. (ICF 4)</li> <li><input type="checkbox"/> Problem der Fortbewegung nicht spezifiziert (ICF 8)</li> <li><input type="checkbox"/> Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar (ICF 9)</li> </ul> <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>b. Sich <b>draußen fortbewegen</b> (mittlere Distanzen bewältigen 0,5 - 1 Km) ICF/d4500</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel allein durchführbar. (ICF 0)</li> <li><input type="checkbox"/> allein, jedoch nur langsam und/ oder mit Anleitung / Beobachtung durchführbar (ICF 1)</li> <li><input type="checkbox"/> mit einem anderen, als dem angefragten Hilfsmittel durchführbar (ICF 2)</li> <li><input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Begleitperson oder dem angefragten Hilfsmittel durchführbar (ICF 3)</li> <li><input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Begleitperson sowie dem angefragten Hilfsmittel durchführbar. (ICF 4)</li> <li><input type="checkbox"/> Problem der Fortbewegung nicht spezifiziert (ICF 8)</li> <li><input type="checkbox"/> Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar (ICF 9)</li> </ul> <p><u>Bemerkungen</u></p>

c. Sich **draußen**  
**fortbewegen** (längere  
Distanzen bewältigen  
>1km)  
ICF/d4602

- ohne Hilfsmittel allein durchführbar. (ICF 0)
- allein, jedoch nur langsam und/ oder mit  
Anleitung / Beobachtung durchführbar (ICF  
1)
- mit einem anderen, als dem angefragten  
Hilfsmittel durchführbar (ICF 2)
- nur mit Hilfe einer Begleitperson oder dem  
angefragten Hilfsmittel durchführbar (ICF 3)
- nur mit Hilfe einer Begleitperson sowie dem  
angefragten Hilfsmittel durchführbar. (ICF 4)
- Problem der Fortbewegung nicht spezifiziert  
(ICF 8)
- Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel  
nicht anwendbar (ICF 9)

Bemerkungen

d. Kann **aufrecht stehen**  
(Mehr als **2 Minuten**)

ICF/d4154

- ohne Hilfsmittel allein durchführbar. (ICF 0)
- allein, jedoch nur mit Anleitung /  
Beobachtung durchführbar (ICF 1)
- mit einem anderen, als dem angefragten  
Hilfsmittel (z.B. Stock) oder durch Abstützen  
durchführbar (ICF 2)
- mit ständiger Hilfe einer Begleitperson **oder**  
ständiger Anwendung eines Hilfsmittels  
durchführbar (ICF 3)
- nur mit ständiger Hilfe einer Begleitperson  
**sowie** einem Hilfsmittel (z.B.  
Hebeschwester) durchführbar. (ICF 4)
- Problem des Stehens nicht spezifiziert (ICF  
8)
- Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel  
nicht anwendbar (ICF 9)

Bemerkungen

e. Gebrauch von **oberen und unteren Gliedmaßen**

(Kraft, Koordination und Ausdauer)

ICF/ d445 / d465

**Bei der Anfrage einer Gehhilfe:**

Kann sich auf der Gehhilfe abstützen/schieben

Ja  Nein

---

**Bei der Anfrage einer anderen Mobilitätshilfe:**

Kann sich allein und in regelmäßigen Abständen repositionieren

Ja  Nein

Kann allein einen manuellen Rollstuhl handhaben mit Hilfe der oberen Gliedmaßen

Ja  Nein

Kann allein einen manuellen Rollstuhl handhaben mit Hilfe der unteren Gliedmaßen (trippeln)

Ja  Nein

f. **Positionswechsel** aus einer sitzenden Position heraus (Zum Beispiel: in den Stand, vom Stuhl in den Sessel) ICF/ d4104/ d410

- ohne Hilfsmittel allein durchführbar. (ICF 0)
- allein, jedoch nur mit Anleitung / Beobachtung durchführbar (ICF 1)
- mit einem anderen, als dem angefragten Hilfsmittel (z.B. Stock) oder durch Abstützen durchführbar (ICF 2)
- mit ständiger Hilfe einer Begleitperson **oder** ständiger Anwendung eines Hilfsmittels durchführbar (ICF 3)
- nur mit ständiger Hilfe einer Begleitperson **sowie** einem Hilfsmittel (z.B. Mobilitätshilfe, Hebeschwester) durchführbar. (ICF 4)
- Problem des Stehens nicht spezifiziert (ICF 8)
- Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar (ICF 9)

Bemerkungen

g. **Korrekte Sitzposition**  
ICF/d4153

- ohne Hilfsmittel allein durchführbar. (ICF 0)
- allein, jedoch nur unter Anleitung/ Beobachtung durchführbar (ICF 1)
- mit einfacher Unterstützung (z.B. Armlehne) (ICF 2)
- mit umfangreicher Unterstützung (z.B. Seitenpelotte, Sitzhose) (ICF 3)
- passive Sitzposition (ICF 4)
- Problem des Sitzens nicht spezifiziert (ICF 8)
- Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar (ICF 9)

Bemerkungen



#### **4. WICHTIGE ZUSATZINFORMATIONEN**

Probleme in Bezug auf Gesäß  
und Steißbein, Hautprobleme,

**Dekubitus.**

**Details:**.....

.....

.....

*(Bitte unbedingt präzisieren bei einer  
Anfrage für ein Antidekubituskissen)*

Wahrnehmungs- und  
Sinnesstörungen

anormale Haltung

Bildung von Ödemen

Inkontinenz

Andere

Generelle Bemerkung:

Störung der Verhaltensfunktionen

Atemwegsstörungen

Herz- oder Kreislaufstörungen

Kognitive Einschränkung

Gibt es eine Gegenindikation für das  
Führen einer Mobilitätshilfe im  
öffentlichen Verkehr?:

Ja,

Begründung:.....

Nein

**5. BEGRÜNDUNG, WENN EINE ANPASSUNG AN EINE BEREITS VORHER GELIEFERTE MOBILITÄTSHILFE GEFRAGT WIRD ODER ZWECKS VORZEITIGEM ERSATZ EINES ANTIDEKUBITUSKISSENS**

*Welches sind die Einschränkungen, die eine oder mehrere Anpassungen der bereits gelieferten Mobilitätshilfe erforderlich machen?*

*Welches sind die Veränderungen, die das vorzeitige Erneuern des Antidekubituskissens erforderlich machen?*

**6. EVENTUELLE ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN**

Datum:   /   /

Stempel mit der **LIKIV**-Nummer des verordnenden Arztes, sowie die Adresse

Unterschrift des verordnenden Arztes

.....