

Medizinische Verordnung zum Erhalt einer Mobilitätshilfe und/oder Anpassung

!! Bitte alle Felder ausfüllen!!

Angaben zur Person mit Unterstützungsbedarf

Vignette der Krankenkasse:	
Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name / Telefon / E-Mail	
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 die Anfrage auf Kostenübernahme erst dort stellen (Artikel 10 -Erlass der Regierung über die Mobilitätshilfen vom 20. Juni 2017).



Vennbahnstraße 4/4
B -4780 St. Vith



www.selbstbestimmt.be



0800 900 11

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 der Medizin, bestätige hiermit, dass die Person mit Unterstützungsbedarf funktionelle und/oder anatomische Beeinträchtigungen aufweist, die eine Einschränkung ihrer Mobilität zur Folge haben. Dies bringt Probleme in Bezug auf ihre Teilhabe am sozialen Leben mit sich. Um dem entgegenzuwirken, muss die Person mit Unterstützungsbedarf **definitiv** eine geeignete Mobilitätshilfe erhalten.

Rehabilitation bezüglich Mobilität	<input type="checkbox"/> Rehabilitationsprozess (akut)	<input type="checkbox"/> Rehabilitationsprozess beendet, Mobilitätszustand stabilisiert (nicht akut)
Der Gebrauch ist	<input type="checkbox"/> zeitweilig ¹	<input type="checkbox"/> definitiv ²
Einschätzung	mit orthopädischem Hilfsmittel ³ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Typ:	
Der Gebrauch ist nötig	<input type="checkbox"/> täglich punktuell <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> wöchentlich ein paar Stunden	
Anfrage für:		
<input type="checkbox"/> eine Standardmobilitätshilfe: <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> manueller Standardrollstuhl		<input type="checkbox"/> ein Antidekubituskissen
<input type="checkbox"/> eine anpassungsfähige Mobilitätshilfe⁴ (Modular-, Aktiv-, Multipositionsrollstuhl, elektronischer Rollstuhl, Skooter, Rehabuggy für Kinder, Untergestell für Sitzschale, orthopädisches Dreirad, anpassbares modulares System zur Sitzunterstützung, elektrischer Stehtrainer, Maßanfertigung)		Bemerkungen:

¹ Zeitweiliger Gebrauch: keine Bezuschussung über die DSL. Ausleihe unter anderem über das Rote Kreuz und die Krankenkassen möglich.

² Definitiver Gebrauch: zutreffend, wenn der Rehabilitationsprozess abgeschlossen ist und die Mobilitätseinschränkung fortwährend besteht.

³ Die Einschätzung mit orthopädischem Hilfsmittel wie z.B. Prothesen, Fußheberschienen usw. Für Amputation gilt: Ist die Nutzung der Prothese nicht fortwährend funktional, findet eine Einschätzung ohne Assistenz statt. Eine medizinische Begründung ist in diesem Fall notwendig.

⁴ Hier klärt das Expertiseteam ab, welche der obengenannten Mobilitätshilfen dem Bedarf der Person mit Unterstützungsbedarf entspricht.

2. Diagnose und aktuelle medizinische Situation

Beginn (Datum) __ / __ / ____ der Erkrankung oder des Ereignisses, die/das 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 einen Unfall mit Drittverschulden?

Person mit Unterstützungsbedarf leidet an einer **schnell degenerativen**

Erkrankung ja nein

Palliativstatut: ja nein

Alle Diagnosen auflisten:

- Vorgeschichte:

- Aktuelle Diagnosen, Beschreibung der aktuellen medizinischen Situation:

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

Die Mobilität wird sich innerhalb der nächsten 6 Monate

- 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 vorgeschlagene Mobilitätshilfe für die Person mit Unterstützungsbedarf in Frage kommt.

(*) Zusatzinformationen einsehbar unter <https://www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/>

Funktion / Aktivität und Teilhabe	Globale Beschreibung und Begründung nach ICF
<p>a. Sich drinnen fortbewegen ICF/d4600</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0: ohne Hilfsmittel allein durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 1: allein, jedoch nur langsam und/oder mit Anleitung/Beobachtung durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 2: mit einem anderen Hilfsmittel⁵ als dem angefragten Hilfsmittel und ohne Begleitperson durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 3: nur mit erheblicher Unterstützung einer Begleitperson oder mit erheblicher Unterstützung eines Hilfsmittels⁶ durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 4: nur mit vollausgeprägter Hilfe mindestens einer Begleitperson und/oder dem angefragten Hilfsmittel durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 8: Problem der Fortbewegung nicht spezifiziert <input type="checkbox"/> ICF 9: Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>b. Sich draußen fortbewegen (mittlere Distanzen bewältigen, 0,5 -1 km) ICF/d4500</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0: ohne Hilfsmittel allein durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 1: allein, jedoch nur langsam und/oder mit Anleitung/Beobachtung durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 2: mit einem anderen Hilfsmittel⁷ als dem angefragten Hilfsmittel und ohne Begleitperson durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 3: mit erheblicher Unterstützung einer Begleitperson oder mit erheblicher Unterstützung eines Hilfsmittels⁸ durchführbar</p>

⁵ Möbelstütze, Stock, Krücke, Gehhilfe

⁶ z.B. Gehhilfe, manueller Rollstuhl

⁷ Stützpunkte, Stock, Krücke, Gehhilfe

⁸ z.B. Gehilfe, manueller Rollstuhl

- ICF 4: nur mit vollausgeprägter Hilfe mindestens einer Begleitperson und/oder dem angefragten Hilfsmittel durchführbar
- ICF 8: Problem der Fortbewegung nicht spezifiziert
- ICF 9: Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar

Bemerkungen

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

- ICF 0: ohne Hilfsmittel allein durchführbar
- ICF 1: allein, jedoch nur langsam und/oder mit Anleitung/Beobachtung durchführbar
- ICF 2: mit einem anderen Hilfsmittel⁹ als dem angefragten Hilfsmittel und ohne Begleitperson durchführbar
- ICF 3: mit erheblicher Unterstützung einer Begleitperson oder mit erheblicher Unterstützung eines Hilfsmittels¹⁰ durchführbar
- ICF 4: nur mit vollausgeprägter Hilfe mindestens einer Begleitperson und/oder dem angefragten Hilfsmittel durchführbar
- ICF 8: Problem der Fortbewegung nicht spezifiziert
- ICF 9: Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar

Bemerkungen

9 Stützpunkte, Stock, Krücke, Gehhilfe

10 z.B. Gehilfe, manueller Rollstuhl

<p>d. Kann aufrecht stehen (mehr als 2 Minuten) ICF/d4154 m</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0: ohne Hilfsmittel allein durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 1: allein, jedoch nur langsam und/oder mit Anleitung/Beobachtung durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 2: mit einem anderen als dem angefragten Hilfsmittel (z.B. Stock) und ohne Begleitperson durchführbar, oder durch Abstützen durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 3: mit erheblicher Unterstützung einer Begleitperson oder ständiger Anwendung eines Hilfsmittels durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 4: nur mit vollausgeprägter Hilfe mindestens einer Begleitperson sowie einem Hilfsmittel (z.B. Patientenlifter) durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 8: Problem des Stehens nicht spezifiziert <input type="checkbox"/> ICF 9: Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>e. Gebrauch von oberen und unteren Gliedmaßen (Kraft, Koordination und Ausdauer sowie anatomische Einschränkungen¹¹) ICF/ d440 / d445 / d465</p>	<p>Anfrage für eine Gehilfe: Kann sich auf der Gehilfe abstützen/schieben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bei der Anfrage einer anderen Mobilitätshilfe:</p> <p>Kann sich allein und in regelmäßigen Abständen repositionieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann allein einen manuellen Rollstuhl handhaben, mit Hilfe der oberen Gliedmaßen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann allein einen manuellen Rollstuhl handhaben, mit Hilfe der unteren Gliedmaßen (tripeln) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

¹¹ anatomische Einschränkungen: Amputationen, orthopädische Malformationen sowie passive Mobilität (PROM)

<p>f. Positionswechsel aus einer sitzenden Position heraus (Beispiel: in den Stand, vom Stuhl in den Sessel) ICF/ d4104/ d410</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ICF 0: ohne Hilfsmittel allein durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 1: allein, jedoch nur langsam und/oder mit Anleitung/Beobachtung durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 2: mit einem anderen als dem angefragten Hilfsmittel (z.B. Stock) und ohne Begleitperson durchführbar, oder durch Abstützen durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 3: mit erheblicher Unterstützung einer Begleitperson oder ständiger Anwendung eines Hilfsmittels durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 4: nur mit erheblicher Unterstützung einer Begleitperson sowie einem Hilfsmittel (z.B. Mobilitätshilfe, Patientenlifter) durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 8: Problem des Stehens nicht spezifiziert <input type="checkbox"/> ICF 9: Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>g. Korrekte Sitzposition ICF/d4153</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ICF 0: ohne Hilfsmittel allein durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 1: allein, jedoch nur unter Anleitung/ Beobachtung durchführbar <input type="checkbox"/> ICF 2: mit einfacher Unterstützung (z.B. Armlehne) <input type="checkbox"/> ICF 3: mit umfangreicher Unterstützung (z.B. Seitenpelotte, Sitzhose) <input type="checkbox"/> ICF 4: passive Sitzposition <input type="checkbox"/> ICF 8: Problem des Stehens nicht spezifiziert <input type="checkbox"/> ICF 9: Aktivität ist für das angefragte Hilfsmittel nicht anwendbar <p><u>Bemerkungen</u></p>

4. Wichtige Zusatzinformationen

<p><input type="checkbox"/> Bradenskala Risikowert¹²</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme in Bezug auf Gesäß und Steißbein, Hautprobleme, Dekubitus. Details:</p> <p><input type="checkbox"/> Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> anormale Haltung</p> <p><input type="checkbox"/> Bildung von Ödemen</p> <p><input type="checkbox"/> Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Andere</p> <p>Gibt es eine Gegenindikation für das Führen einer Mobilitätshilfe im öffentlichen Verkehr?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Begründung:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Störung der Verhaltensfunktionen</p> <p><input type="checkbox"/> Atemwegsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Herz- oder Kreislaufstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Kognitive Einschränkung</p>
--	--

Generelle Bemerkung:

¹² Anfrage für ein Antidekubituskissen: Falls Werte der Bradenskala vorliegen, bitte vervollständigen.

5. Begründung, wenn eine Anpassung an eine bereits vorher gelieferte Mobilitätshilfe angefragt 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	
.....	

Bitte medizinische Berichte (Rehabilitationsbericht, Berichte von Fachärzten usw.) beifügen.