

MEDIZINISCHE VERORDNUNG ZUM ERHALT EINER MOBILITÄTSHILFE UND/ODER -ANPASSUNG

!! Bitte alle Felder ausfüllen - außer andere Anweisung !!

ANGABEN ZUM NUTZNIEßER

Vignette der Krankenkasse anbringen oder ausfüllen.

Name und Vorname des Nutznießers	
Geburtsdatum	
Adresse (Wohnsitz)	
Kontaktperson des Nutznießers: Name / Telefon / Mailadresse	
Nationalregisternummer	
Krankenkasse	
Versicherung im Ausland (1)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls der Nutznießer seinen Wohnsitz im Alten- oder Pflegewohnheim hat:

Name des Alten-/Pflegewohnheims	
Adresse des Alten-/Pflegewohnheims	

(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



080 / 229 111



080 / 229 098



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 der Nutznießer 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 der Nutznießer **definitiv** eine geeignete Mobilitätshilfe erhalten.

Es handelt sich um	<input type="checkbox"/> eine erste Anfrage <input type="checkbox"/> eine vorzeitige Anpassung eines bereits gelieferten Rollstuhls	<input type="checkbox"/> eine Erneuerung <input type="checkbox"/> eine vorzeitige Erneuerung
Der Gebrauch ist	<input type="checkbox"/> zeitweilig	<input type="checkbox"/> definitiv
Der Gebrauch ist nötig	<input type="checkbox"/> während einer begrenzten Zeit im Tagesverlauf <input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> während der meisten Zeit im Tagesverlauf
<p>Anfrage für:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Gehhilfe: <input type="checkbox"/> 4 fixe Stützen, <input type="checkbox"/> 2 Räder, (<input type="checkbox"/> mit oder <input type="checkbox"/> ohne Sitz), <input type="checkbox"/> 3 Räder, <input type="checkbox"/> 4 Räder <input type="checkbox"/> Gehhilfen zur Unterstützung des Aufrichtens und Lauftrainer – mit Sitz (bitte präzisieren) <input type="checkbox"/> manueller Standardrollstuhl <input type="checkbox"/> manueller Modularrollstuhl <input type="checkbox"/> manueller Aktivrollstuhl <input type="checkbox"/> manueller Multipositionsrollstuhl <input type="checkbox"/> elektronischer Rollstuhl <input type="checkbox"/> Skooter <input type="checkbox"/> Rehabuggy für Kinder </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Untergestell für Sitzschale <input type="checkbox"/> Antidekubituskissen <input type="checkbox"/> orthopädisches Dreirad <input type="checkbox"/> anpassbares modulares System zur Sitzunterstützung <input type="checkbox"/> Stehtrainer <input type="checkbox"/> Anderes (Bsp. Maßanfertigungen): </div> </div>		

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»

Diagnose und Beschreibung der aktuellen medizinischen Situation

medizinische Info liegt bei

Prognose (die Mobilität betreffend)

Kurzfristig:

Stabil

Degenerativ

Progressiv

Innerhalb der nächsten 5 Jahre durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen: JA NEIN

Wenn JA: *positiv* – *stabil*

3. GLOBALE BESCHREIBUNG DER FUNKTIONEN DES NUTZNEIßERS

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 beschreibt er detailliert eine gewisse Anzahl Funktionen des Bewegungsapparates nach der ICF Kodierung. Er bestimmt für jede Funktion den Qualifikationskode. ()*

Qualifikationskode (bez. das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen)

- 0 = NICHT VORHANDENE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (ohne, kein, unerheblich 0-4%)
- 1 = LEICHTE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (schwach, gering 5-24%)
- 2 = MÄSSIGE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (mittel, ziemlich 25-49%)
- 3 = ERHEBLICHE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (hoch, äußerst 50-95%)
- 4 = VOLLE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (komplett, total 96-100%)
- 8 = Einschränkung oder Problem der Teilhabe NICHT SPEZIFIZIERT
- 9 = NICHT ANWENDBAR

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

(*) Zusatzinformationen einsehbar unter www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

Bitte alle Felder ausfüllen !

Funktion / Aktivität und Teilhabe	Qualifikations- kode ICF	Globale Beschreibung und Begründung
<p>a Sich drinnen fortbewegen (kurze Distanzen bewältigen <1 Km) ICF/d4500 / d4600</p>	<input type="checkbox"/>	<p> <input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit Abstützen <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe <input type="checkbox"/> mit Hilfe einer Person <input type="checkbox"/> Fortbewegung ohne Hilfe unmöglich <u>Bemerkungen</u> </p>
<p>b Sich draußen fortbewegen (längere Distanzen bewältigen >1 Km) ICF/d4501 / d4602</p>	<input type="checkbox"/>	<p> <input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit Abstützen <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe <input type="checkbox"/> mit Hilfe einer Person <input type="checkbox"/> Fortbewegung ohne Hilfe unmöglich <u>Bemerkungen</u> </p>
<p>c Kann aufrecht stehen (während einer gewissen Zeit) ICF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<p> <input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit Abstützen <input type="checkbox"/> mit Hilfe einer Person <input type="checkbox"/> ohne Hilfe unmöglich Bitte angeben, wie lange ungefähr: <u>Bemerkungen</u> </p>

<p>d Gebrauch von Armen und Beinen im Rollstuhl (Kraft, Koordination und Ausdauer) ICF/d410 / d440 / d445 / d465</p> <p>Funktion der oberen Gliedmaßen oder des oberen Gliedmaßes, wenn nur ein oberes Gliedmaß funktionell ist (nur auszufüllen für die Anfrage für einen Skooter)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Kann allein und in regelmäßigen Abständen aufstehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann alleine die Position wechseln <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann allein einen manuellen Rollstuhl handhaben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Falls Nein, bitte genauer beschreiben</u></p> <p>Kann einen Skooter fahren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>e Transfert (Transfert in/aus ein/em Rollstuhl) ICF/d420</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> ohne Schwierigkeit <input type="checkbox"/> mit Abstützen <input type="checkbox"/> mit Hilfe einer Person <input type="checkbox"/> ohne Hilfe unmöglich</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>f Sitzen (Sitzposition im Rollstuhl) ICF/d4153</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Kann allein und über längere Zeit in einer korrekten Position im Rollstuhl sitzen. <input type="checkbox"/> Die Sitzposition im Rollstuhl muss durch Hilfen/zusätzliche Anpassungen unterstützt werden. <input type="checkbox"/> total passive Sitzposition</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>

g **Kognitive** Funktionen
ICF/b110 / b114 / b117 /
b140 / b144 / b147 / b160
/ b164 / b176

- keine Einschränkungen
- leichte Einschränkung
- mäßige bis schwere
Einschränkung

Bitte genauer beschreiben

h **Verhaltensfunktion**
ICF/d720

- keine Einschränkungen
- leichte Einschränkung
- mäßige bis schwere
Einschränkung

Bitte genauer beschreiben

Kann das Hilfsmittel sicher und in
Respekt mit den aktuellen
Verkehrsregeln korrekt genutzt
werden?

- Ja Nein

Wenn NEIN, bitte genauer erläutern:

.....

4. ZUSATZINFORMATIONEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> anormale Haltung | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Probleme in Bezug auf Gesäß und Steißbein, Hautprobleme, Dekubitus (bitte Grad angeben) | <input type="checkbox"/> Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bildung von Ödemen | <input type="checkbox"/> Atemwegsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Herz- oder Kreislaufstörungen |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

Bitte genauer beschreiben

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

<p>Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><i>Stempel mit der INAMI-Nummer des verordnenden Arztes, sowie die Adresse</i></p> <p><i>Unterschrift des verordnenden Arztes</i></p> <p>.....</p>

VOM NUTZNIEßER AUSZUFÜLLEN

(Darf auch von anderen Personen ausgefüllt werden, die den Nutznießer im Alltag begleiten - ABER muss vom Nutznießer oder seinem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet werden)

Zweck der Nutzung der Mobilitätshilfe	Bemerkungen (fakultativ)
<input type="checkbox"/> für gelegentliche Spaziergänge/ Fahrten/Ausflüge	
<input type="checkbox"/> für den punktuellen täglichen Gebrauch	
<input type="checkbox"/> für den systematischen Gebrauch während eines großen Teils des Tages	
<input type="checkbox"/> um den Haushalt zu erledigen	
<input type="checkbox"/> um am Familienleben oder am Sozialleben teilnehmen zu können	

<input type="checkbox"/> um zu arbeiten oder einer Schulung zu folgen	
<input type="checkbox"/> um an sportlichen Aktivitäten oder an Freizeitaktivitäten teilzunehmen	
<input type="checkbox"/> als Sitzgelegenheit in einem Wagen	
<input type="checkbox"/> Anderes:.....	

Faktoren, die den Gebrauch einer Mobilitätshilfe beeinflussen: <i>(Generelle Beschreibung der für die Auswertung der Anfrage wichtigen Angaben)</i>	
Besonderheiten der Wohnung	
Besonderheiten der Schule (Schulumfeld) oder des Weiterbildungsortes	
Besonderheiten des Arbeitsumfeldes	
Soziale Aktivitäten	
Anderes	

Datum: □□ / □□ / □□□□

Name und Unterschrift des Nutznießers (oder seines gesetzlichen Vertreters):
.....