

EXPERTISEBERICHT ZUM ERHALT EINER MOBILITÄTSHILFE UND/ODER -ANPASSUNG

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

Dem Leistungserbringer seiner Wahl auszuhändigen

ANGABEN ZUM NUTZNIEßER

Vignette der Krankenkasse anbringen oder ausfüllen.

Name und Vorname des Nutznießers	
Geburtsdatum	
Adresse (Wohnsitz oder Altenheim)	
Kontaktperson des Nutznießers: Name / Telefon / Mailadresse	
Nationalregisternummer	
Krankenkasse	
Revalidationsteam	<input type="checkbox"/> Ja Name : <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum Leistungserbringer :

Während der Expertise auszufüllen, wenn bereits ein Kontakt besteht, sonst später vom Leistungserbringer selbst

Name des Leistungserbringer	
Zulassungsnummer (LIKIV/INAMI) des anerkannten Leistungserbringers	
Name des Unternehmens	
Adresse des Unternehmens	
Telefon/Mailadresse der Kontaktperson	

1 / 15



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**

Grund der Zuweisung an das EXPERTISETEAM

<p>Anfrage für:</p> <ul style="list-style-type: none"><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 <input type="checkbox"/> Untergestell für Sitzschale<input type="checkbox"/> Sitzschale <input type="checkbox"/> Antidekubituskissen	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> orthopädisches Dreirad <input type="checkbox"/> anpassbares modulares System zur Sitzunterstützung <input type="checkbox"/> Stehtrainer <input type="checkbox"/> vorzeitige Erneuerung eines Rollstuhls<input type="checkbox"/> vorzeitige Anpassung eines bereits gelieferten Rollstuhls <input type="checkbox"/> Anderes (Bsp. Maßanfertigungen):
---	---

DIAGNOSE UND AKTUELLE MEDIZINISCHE SITUATION

<p>Beginn (Datum) der Erkrankung oder des Ereignisses, welche(s) die Beeinträchtigung ausgelöst hat: Kurze Beschreibung der Erkrankung oder des Ereignisses:</p> <p>Die Beeinträchtigung ist die Folge eines Unfalls <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Falls JA: handelt es sich um einen "Arbeitsunfall oder Unfall mit Drittverschulden"</p>
<p>Diagnose und Beschreibung der aktuellen medizinischen Situation</p> <p><input type="checkbox"/> medizinische Info liegt bei</p>
<p>Prognose (die Mobilität betreffend) <i>Kurzfristig:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> <i>Stabil</i><input type="checkbox"/> <i>Degenerativ</i><input type="checkbox"/> <i>Progressiv</i> <p><i>Innerhalb der nächsten 5 Jahre durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen:</i></p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn JA: <input type="checkbox"/> <i>positiv</i> – <input type="checkbox"/> <i>stabil</i></p>

Globale Beschreibung der Funktionen des Nutznießers

Qualifikationskode (bez. des Ausmaßes 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

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

FUNKTION	QUALIFIKATIONS KODE ICF	BESCHREIBUNG
<p>1. Sich drinnen fortbewegen (kurze Distanzen bewältigen <1 Km) ICF/d4500 / d4600</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kann sich drinnen funktionell fortbewegen – freihändig für die Aktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann sicher und eigenständig aufrecht arbeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann Dinge sicher und eigenständig während des Gehens manipulieren</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>

<p>2. Sich draußen fortbewegen (längere Distanzen bewältigen, >1Km) ICF/d4501 / d4602</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kann sich draußen funktionell fortbewegen: kann sicher und eigenständig gehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann sich auf unebenem Boden funktionell fortbewegen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann Dinge sicher und eigenständig während des Gehens manipulieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><u>Bemerkungen</u></p>		
<p>3. Obere Gliedmaßen</p>		
<p>3.1. Funktion der oberen Gliedmaßen und verbleibende Funktionen in Bezug zum Fahren eines Rollstuhls ICF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kann einen manuellen Rollstuhl drinnen und draußen bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Kann einen manuellen Rollstuhl nur auf ebenem Boden und drinnen bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Kann einen elektronischen Rollstuhl mit Hilfe eines Joysticks bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Kann einen elektronischen Rollstuhl nur mittels einer angepassten Steuerung (Fuß, Kinn, Kopf...) bedienen <input type="checkbox"/> Ja, welche <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Kann alle benötigten Apparate (Telefon, Radio, TV, Türen...) autonom vom Rollstuhl aus bedienen, d.h. kann das direkte Umfeld ohne Hilfsmittel kontrollieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p style="text-align: center;"><u>Wenn NEIN, genauer beschreiben</u> (Anpassung-Umfeldsteuerung)</p> <p>Wurde das angepasste Material bereits getestet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p>

Sind spätere Anpassungen möglich?

Ja Nein Irrelevant

Bemerkungen

3.2.Funktion der oberen Gliedmaßen und verbleibende Funktionen in Bezug zum Fahren eines Skooters

ICF/d440 / d445 / d465

Kann einen Skooter bedienen

Ja Nein Irrelevant

Bemerkungen

4. Aufrechterhaltung der stehenden Position

ICF/d4154

Kann alleine und über längere Zeit aufrecht stehen

Ja Nein

Kann mittels einer Hilfe alleine und über längere Zeit aufrecht stehen.

Ja Nein

Kann mit Hilfe einer oder mehrerer Personen aufrecht stehen.

Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

Kann nicht aufrecht stehen.

Ja Nein

Bemerkungen

5. Aufrechterhaltung der sitzenden Position – inklusive Stabilität des Rumpfes + des Kopfes

ICF/d4153

Kann alleine und über längere Zeit in einer korrekten Position sitzen

Ja

Nein

Wenn Nein, genauer beschreiben

Kann den Rumpf alleine und über längere Zeit während des Sitzens stabilisieren

Ja

Nein

Wenn Nein, genauer beschreiben

Kann den Kopf alleine und über längere Zeit während des Sitzens stabilisieren

Ja

Nein

Wenn Nein, genauer beschreiben

Kann seine Position selbstständig verändern

Ja

Nein

Bemerkungen

6. Ausführung von Transfers

Transfer in/aus einem Rollstuhl
ICF/d420/d4200/
d410

Kann alleine transferieren

Ja

Nein

Kann mittels Aufstützen alleine transferieren

Ja

Nein

Kann nur mit Hilfe einer anderen Person transferieren

Ja

Nein

Die Ausführung eines Transfers ist sehr schwierig und ohne Hilfe oder Hebesystem unmöglich

Ja

Nein

Bemerkungen

7. Neuropsychologische Funktion :

7.1. Störungen:

kognitive Funktionen

ICF/b110 / b114 / b117
/ b140 / b144 / b147 /
b160 / b164 / b176

Ja

Nein

Wenn JA, genauer beschreiben

- Orientierung in der Zeit
- Orientierung im Raum
- Personenbezogene Orientierung
- Aufmerksamkeit / Konzentration
- Gedächtnis
- Psychomotorische Funktionen
- Andere

Bemerkungen

7.2. Störungen:

Verhalten

ICF/d720 / b126

Ja

Nein

Bitte genauer beschreiben

8. Weitere wichtige Punkte in Bezug auf den Rollstuhl

8.1. Dekubitusrisiko

Nein

Ja

Störungen der Sensibilität:
trophische Störungen, anatomische Anomalien, funktionelle Anomalien

Inkontinenz, Allergien, Schwitzen

Kann sich nicht lange genug anheben, um das Gesäß zu entlasten wegen physischer oder mentaler Einschränkungen oder Unfähigkeit, Wahrnehmungsstörungen, Müdigkeit

Bemerkungen

Vorhandensein von Dekubitus

Neu?

Wiederkehrend?

Lokalisierung :

8.2. Anatomische Verformungen

Nein

Ja

Falls Ja, bitte genauer beschreiben

ICF/s700

8.3. Störungen:

Muskeltonus

(Spastik/Dystonie)

ICF/b735 / b7356

Nein

Ja

obere Gliedmaßen

untere Gliedmaßen

Rumpf Kopf / Nacken

Angaben ob rechts oder links

Tragen einer Schiene

Orthese

Bemerkungen

**8.4. Störungen:
Kontraktur,
Gelenkversteifung
und Subluxation**

ICF/b710 / b715

Nein

Ja

obere Gliedmaßen

untere Gliedmaßen

Rumpf Kopf / Nacken

Angeben ob rechts oder links

Bemerkungen

**8.5. Störungen:
Kontrolle der
gewollten
Bewegungen /
Kontrolle der
ungewollten
Bewegungen**

ICF/b760 / b765

Nein

Ja

obere Gliedmaßen

untere Gliedmaßen

Rumpf Kopf / Nacken

Angeben ob rechts oder links

Bemerkungen

**8.6. Störungen:
Muskelkraft**

ICF/b730

Nein

Ja

obere Gliedmaßen

untere Gliedmaßen

Rumpf Kopf / Nacken

Angeben ob rechts oder links

Bemerkungen

8.7. Störungen:**Ausdauer und Belastbarkeit**ICF/b410 / b440 / b455
/ b740 Nein Ja kardiopulmonal O2 Abhängigkeit / Atemgerät neuromuskulär AndereBemerkungen**8.8. Größe und Gewicht***(wenn relevant)* Größe : Gewicht :...Bemerkungen**8.9. Störungen: Sinnesfunktionen**ICF/b260 / b265 / b270
/ b210 / b230 Nein Ja Sensibilität Sicht GehörBemerkungen

9. Aktivität und Teilhabe	
9.1. Aktivitäten, für die die angefragte Mobilitätshilfe gebraucht wird:	Zu Hause <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Schule <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Arbeit <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Besorgungen <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Soziales <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Kulturelles <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Freizeit <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Sport <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie Anderes <u>Bemerkungen</u>
9.2. Mobilität auf "kurzen" Strecken: In der Wohnung oder dem direkten Umfeld kann folgendes benutzt werden:	<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> manueller Rollstuhl <input type="checkbox"/> elektronischer Rollstuhl <input type="checkbox"/> Skooter <u>Bemerkungen</u>
9.3. Mobilität auf "mittellangen" Strecken	
9.3.1. Kann eine mechanische Mobilitätshilfe benutzen wie:	<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Handbike <input type="checkbox"/> angepasstes Fahrrad <input type="checkbox"/> Dreirad <input type="checkbox"/> manueller Rollstuhl <input type="checkbox"/> Dreirad mit Sitz- oder Liegeposition <input type="checkbox"/> Anderes: <u>Bemerkungen</u>

<p>9.3.2. Kann nur eine motorisierte oder elektronische Mobilitätshilfe benutzen, wie:</p>	<p><input type="checkbox"/> elektronischer Rollstuhl <input type="checkbox"/> Antriebshilfe für Rollstuhl <input type="checkbox"/> Skooter <input type="checkbox"/> Fahrrad mit elektrischem Motor <input type="checkbox"/> Dreirad mit Hilfsmotor <input type="checkbox"/> Handbike mit Hilfsmotor <input type="checkbox"/> Anderes: <u>Bemerkungen</u></p>
<p>9.4. Transport über längere Distanzen</p>	<p><input type="checkbox"/> benutzt die öffentlichen Verkehrsmittel: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> fährt alleine ein: <input type="checkbox"/> normales Auto <input type="checkbox"/> angepasstes Auto Transferiert in/aus ein(em) Auto: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe Mitnahme, Einladen und Ausladen des Rollstuhls: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> wird gefahren mit einem: <input type="checkbox"/> normalen Auto <input type="checkbox"/> angepassten Auto <input type="checkbox"/> wird mit einem für Personen mit Behinderung angepasstem Auto gefahren <input type="checkbox"/> bleibt im Auto mit dem Rollstuhl sitzen <input type="checkbox"/> Anderes: <u>Bemerkungen</u></p>

9.5. Umfeldbedingte Faktoren	
<p>9.5.1.Wohnung und direktes Umfeld (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)</p>	<p> <input type="checkbox"/> zugänglich <input type="checkbox"/> nicht zugänglich <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Drittperson <input type="checkbox"/> Es besteht die Möglichkeit die angefragte Mobilitätshilfe unterzustellen. <u>Bemerkungen</u> </p>
<p>9.5.2.Andere häufig besuchte Orte z.Bsp. Schule, Arbeit... (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)</p>	<p> <input type="checkbox"/> zugänglich <input type="checkbox"/> nicht zugänglich <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Drittperson <u>Bemerkungen</u> </p>
<p>9.5.3.Spezifische Elemente des Umfeldes (flach, uneben, hügelig) (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)</p>	<p> <input type="checkbox"/> zugänglich <input type="checkbox"/> nicht zugänglich <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Drittperson <u>Bemerkungen</u> </p>
<p>9.5.4.Hausbesuch</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von (Name) (Funktion) </p>

SCHLUSSFOLGERUNG UND VORSCHLAG VOM EXPERTISETEAM

--

Dieser Vorschlag wurde erstellt von:

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"/>		
Arzt (Rehabilitationsarzt)	Name Zulassungsnummer	Unterschrift
Ergotherapeut oder Kinesitherapeut	Name Zulassungsnummer	Unterschrift
Anderer (Beschreibung der Funktion)	Name Zulassungsnummer	Unterschrift

VOM NUTZNIEßER AUSZUFÜLLEN

(Darf auch von anderen Personen ausgefüllt werden, die den Nutznießer im Alltag begleiten - ABER UNTERSCHRIFT des Nutznießers oder seines gesetzlichen Vertreters.)

Ich habe dieses Dokument zur Kenntnis genommen

Bemerkungen:

Der Nutznießer kann hier seine Bemerkungen formulieren, wenn er nicht mit den Vorschlägen des Expertiseteams einverstanden ist oder wenn er die eine oder andere Anpassung, die nicht vom Team angenommen wurde, erläutern möchte usw

Datum: / /

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