254-1.0/2001

EXPERTISEBERICHT ZUM ERHALT EINER MOBILITÄTSHILFE UND/ODER -ANPASSUNG

!! Bitte alle Felder ausfüllen !!

Dem Leistungserbringer seiner Wahl auszuhändigen

ANGABEN ZUR PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Vignette der Krankenkasse anbringen oder ausfüllen.

Name und Vorname der Person mit Unterstützungsbedarf	
Geburtsdatum	
Adresse (Wohnsitz oder Wohn- und Pflegezentrum)	
Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse	
Nationalregisternummer	
Krankenkasse	
Revalidationsteam	☐ Ja Name : ☐ Nein

Vennbahnstraße 4/4
B -4780 St. Vith

www.selbstbestimmt.be

080 / 229 111

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

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	

Grund der Zuweisung an das EXPERTISETEAM

Anfrage für: ☐ manueller Modularrollstuhl ☐ manueller Aktivrollstuhl ☐ manueller Multipositionsrollstuhl ☐ elektronischer Rollstuhl ☐ Skooter ☐ Reha Buggy für Kinder ☐ Untergestell für Sitzschale ☐ Sitzschale ☐ Antidekubituskissen	☐ orthopädisches Dreirad ☐ anpassbares modulares System zur Sitzunterstützung ☐ Stehtrainer ☐ Lauftrainer ☐ vorzeitige Erneuerung eines Rollstuhls ☐ vorzeitige Anpassung eines bereits gelieferten Rollstuhls ☐ Anderes (Bsp. Maßanfertigungen):

DIAGNOSE UND AKTUELLE MEDIZINISCHE SITUATION

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

Kurze 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*

<u>Globale Beschreibung der Funktionen der Person mit Unterstützungsbedarf</u>

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
1. Sich drinnen fortbewegen (kurze Distanzen bewältigen <1 Km) ICF/d4500 / d4600	☐	Kann sich drinnen funktionell fortbewegen – freihändig für die Aktivitäten ☐ Ja ☐ Nein Kann sicher und eigenständig aufrecht arbeiten ☐ Ja ☐ Nein Kann Dinge sicher und eigenständig während des Gehens manipulieren ☐ Ja ☐ Nein *Bemerkungen*
2. Sich draußen fortbewegen (längere Distanzen bewältigen, >1Km) ICF/d4501 / d4602	☐	Kann sich draußen funktionell fortbewegen: kann sicher und eigenständig gehen ☐ Ja ☐ Nein Kann sich auf unebenem Boden funktionell fortbewegen ☐ Ja ☐ Nein Kann Dinge sicher und eigenständig während des Gehens manipulieren ☐ Ja ☐ Nein *Bemerkungen*
3. Obere Gliedmaßen		
3.1. Funktion der oberen Gliedmaßen und verbleibende Funktionen in Bezug zum Fahren eines Rollstuhls	☐	Kann einen manuellen Rollstuhl drinnen und draußen bedienen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Irrelevant Kann einen manuellen Rollstuhl nur auf ebenem Boden und drinnen bedienen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Irrelevant

ICF/d440 / d445 / d465		Kann einen elektronischen Rollstuhl mit Hilfe eines Joysticks bedienen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Irrelevant Kann einen elektronischen Rollstuhl nur mittels einer angepassten Steuerung (Fuß, Kinn, Kopf...) bedienen ☐ Ja, welche ☐ Nein ☐ Irrelevant Kann alle benötigten Apparate (Telefon, Radio, TV, Türen...) autonom vom Rollstuhl aus bedienen, d.h. kann das direkte Umfeld ohne Hilfsmittel kontrollieren ☐ Ja ☐ Nein ☐ Irrelevant *Wenn NEIN, genauer beschreiben* (Anpassung-Umfeldsteuerung) Wurde das angepasste Material bereits getestet? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Irrelevant 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 ICF/s700	☐ Nein ☐ Ja	*Falls Ja, bitte genauer beschreiben*
8.3.Störungen: Muskeltonus (Spastik/Dystonie) ICF/b735 / b7356	☐ Nein ☐ Ja	☐ obere Gliedmaßen ☐ untere Gliedmaßen ☐ Rumpf ☐ Kopf / Nacken Angeben 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 ☐ Andere *Bemerkungen*
8.8. Größe und Gewicht *(wenn relevant)*		☐ Größe : *Bemerkungen* ☐ Gewicht :…
8.9. Störungen: Sinnesfunktionen ICF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230	☐ Nein ☐ Ja	☐ Sensibilität ☐ Sicht ☐ Gehör *Bemerkungen*

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

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

9.5. Umfeldbedingte Faktoren	
9.5.1.Wohnung und direktes Umfeld (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)	☐ zugänglich ☐ nicht zugänglich ☐ selbstständig ☐ nur mit Hilfe einer Drittperson ☐ Es besteht die Möglichkeit die angefragte Mobilitätshilfe unterzustellen. *Bemerkungen*
9.5.2.Andere häufig besuchte Orte z.B. Schule, Arbeit… (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)	☐ zugänglich ☐ nicht zugänglich ☐ selbstständig ☐ nur mit Hilfe einer Drittperson *Bemerkungen*
9.5.3.Spezifische Elemente des Umfeldes (flach, uneben, hügelig) (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)	☐ zugänglich ☐ nicht zugänglich ☐ selbstständig ☐ nur mit Hilfe einer Drittperson *Bemerkungen*
9.5.4.Hausbesuch	☐ Nein ☐ Ja, von …….. (Name) …….. (Funktion)

SCHLUSSFOLGERUNG UND VORSCHLAG VOM EXPERTISETEAM

Dieser Vorschlag wurde erstellt von:

Datum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐		
Arzt (Rehabilitationsarzt)	Name Zulassungsnummer	Unterschrift
Ergotherapeut oder Kinesitherapeut	Name Zulassungsnummer	Unterschrift
Anderer (Beschreibung der Funktion)	Name Zulassungsnummer	Unterschrift

VON DER PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF AUSZUFÜLLEN

(Darf auch von anderen Personen ausgefüllt werden, die die Person mit Unterstützungsbedarf im Alltag begleiten - ABER UNTERSCHRIFT der Person mit Unterstützungsbedarf oder ihres gesetzlichen Vertreters.)

☐ Ich habe dieses Dokument zur Kenntnis genommen

Bemerkungen:

Die Person mit Unterstützungsbedarf kann hier ihre Bemerkungen formulieren, wenn sie nicht mit den Vorschlägen des Expertiseteams einverstanden ist oder wenn sie die eine oder andere Anpassung, die nicht vom Team angenommen wurde, erläutern möchte usw.

Datum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Name und Unterschrift der Person mit Unterstützungsbedarf (oder ihres gesetzlichen Vertreters): .....