

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 Un- terstützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse	
Nationalregisternummer	
Krankenkasse	
Revalidationsteam	<input type="checkbox"/> Ja Name: <input type="checkbox"/> Nein



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**

Angaben zum Leistungserbringer :

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

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

Grund der Zuweisung an das EXPERTISETEAM

Anfrage für: <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"/> Reha Buggy für Kinder <input type="checkbox"/> Untergestell für Sitzschale <input type="checkbox"/> 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"/> Lauftrainer <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

Beginn der Erkrankung oder des Ereignisses, welche(s) die Beeinträchtigung ausgelöst hat: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
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

Globale Beschreibung der Funktionen der Person mit Unterstützungsbedarf

Qualifikationscode (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	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">0</div>	<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>
2. Sich draußen fortbewegen (längere Distanzen bewältigen, >1Km) ICF/d4501 / d4602	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">0</div>	<p>Kann sich draußen funktionell fortbewegen: kann sicher und eigenständig gehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann sich auf unebenem Boden funktionell fortbewegen</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>
3. Obere Gliedmaßen		
3.1. Funktion der oberen Gliedmaßen und verbleibende Funktionen in	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">0</div>	<p>Kann einen manuellen Rollstuhl drinnen und draußen bedienen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant</p>

<p>4. Aufrechterhaltung der stehenden Position ICF/d4154</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">0</div>	<p>Kann alleine und über längere Zeit aufrecht stehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann mittels einer Hilfe alleine und über längere Zeit aufrecht stehen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann mit Hilfe einer oder mehrerer Personen aufrecht stehen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, wie lange?</p> <p>Kann nicht aufrecht stehen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>
<p>5. Aufrechterhaltung der sitzenden Position – inklusive Stabilität des Rumpfes + des Kopfes ICF/d4153</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">0</div>	<p>Kann alleine und über längere Zeit in einer korrekten Position sitzen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Wenn Nein, genauer beschreiben</u></p> <p>Kann den Rumpf alleine und über längere Zeit während des Sitzens stabilisieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Wenn Nein, genauer beschreiben</u></p> <p>Kann den Kopf alleine und über längere Zeit während des Sitzens stabilisieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Wenn Nein, genauer beschreiben</u></p> <p>Kann seine Position selbstständig verändern <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

		<u>Bemerkungen</u>
6. Ausführung von Transfers Transfer in/aus einem Rollstuhl ICF/d420/d4200/d410	0	Kann alleine transferieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kann mittels Aufstützen alleine transferieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kann nur mit Hilfe einer anderen Person transferieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Ausführung eines Transfers ist sehr schwierig und ohne Hilfe oder Hebesystem unmöglich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Bemerkungen</u>
7. Neuropsychologische Funktion :		
7.1.Störungen: kognitive Funktionen ICF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	0	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Wenn JA, genauer beschreiben</u> <input type="checkbox"/> Orientierung in der Zeit <input type="checkbox"/> Orientierung im Raum <input type="checkbox"/> Personenbezogene Orientierung <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit / Konzentration <input type="checkbox"/> Gedächtnis <input type="checkbox"/> Psychomotorische Funktionen <input type="checkbox"/> Andere <u>Bemerkungen</u>

7.2. Störungen: Verhalten ICF/d720 / b126	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0</div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Bitte genauer beschreiben</u>
8. Weitere wichtige Punkte in Bezug auf den Rollstuhl		
8.1. Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Störungen der Sensibilität: trophische Störungen, anatomische Anomalien, funktionelle Anomalien <input type="checkbox"/> Inkontinenz, Allergien, Schwitzen <input type="checkbox"/> Kann sich nicht lange genug anheben, um das Gesäß zu entlasten wegen physi- scher oder mentaler Einschränkungen oder Unfähigkeit, Wahrnehmungsstörun- gen, Müdigkeit <u>Bemerkungen</u>
Vorhandensein von Dekubitus	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neu? <input type="checkbox"/> Wiederkehrend? Lokalisierung:
8.2. Anatomische Verformungen ICF/s700	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<u>Falls Ja, bitte genauer beschreiben</u>

<p>8.3. Störungen: Muskeltonus (Spastik/Dystonie) ICF/b735 / b7356</p>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen <input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen <input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Tragen einer Schiene <input type="checkbox"/> Orthese <u>Bemerkungen</u>
<p>8.4. Störungen: Kontraktur, Gelenkversteifung und Subluxation ICF/b710 / b715</p>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen <input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen <input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links <u>Bemerkungen</u>
<p>8.5. Störungen: Kontrolle der gewollten Bewegungen / Kontrolle der ungewollten Bewegungen ICF/b760 / b765</p>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen <input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen <input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links <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>

SCHLUSSFOLGERUNG UND VORSCHLAG VOM EXPERTISETEAM

--

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

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):