

Rollstuhl-Erhebungsbogen zur Lageranfrage (manuelle Rollstühle)

(Bitte **vollständig** ausgefüllt und unterschrieben der Lageranfrage beilegen; nur erforderlich bei Erstversorgung, Wechsel der Produktart und/oder wenn zusätzliches Zubehör beantragt wird.)

Versicherter: Name, Vorname: _____

Versicherten-Nr. oder Geb.-Datum: _____

Vorgesehener Einsatzbereich (Mehrfachnennung möglich):

Wohnung Straße Wohn-/Pflegeheim Beruf Sport Pflege

Bei Nutzung im Innenbereich:

Die Wohnung befindet sich im Erdgeschoss ____ . Obergeschoss
 Der Zugang ist barrierefrei? ja nein, es müssen ____ Stufen überwunden werden
 Ein Aufzug ist vorhanden? ja nein
 Die kleinste Türbreite der Wohnung, welche durchfahren werden muss: _____ cm

Sicherung/Unterstellung des Rollstuhles:

Eine wetterfeste und diebstahlsichere, verschließbare Unterstellmöglichkeit ist vorhanden?

nein / ja, in eigener Wohnung / ja, genaue Ortsbeschreibung: _____

Diese Unterstellmöglichkeit kann vom Versicherten selbstständig erreicht werden: Ja Nein

Versichertenbezogene Angaben:

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Körpermaße im Sitzen:

Gesäßbreite: _____ cm

Oberschenkellänge: _____ cm

Unterschenkellänge: _____ cm

Rückenhöhe (bis Scapula): _____ cm

Rollstuhlmaße:

Sitzbreite: _____ cm

Sitztiefe: _____ cm

Sitzhöhe: _____ cm

Rückenhöhe: _____ cm

Der/die Versicherte ist ohne Gehhilfe gehfähig? ja, Entfernung ca.: _____ m nein

Der/die Versicherte ist mit einer Gehhilfe gehfähig? ja, Entfernung ca.: _____ m nein

Der/die Versicherte ist **selbstständig** in der Lage, einen manuellen Rollstuhl in ebenem Gelände mittels Handantrieb (und/oder) Fußantrieb anzutreiben Entfernung ca.: _____ m

Der/die Versicherte wird von einer Begleitperson geschoben.

Der Rollstuhl wird _____ Stunden am Tag in der Woche im Monat benutzt.

Folgende krankheits-, bzw. behinderungsbedingten Fehlhaltung und/oder Bewegungseinschränkungen liegen vor, die aus Ihrer Sicht in die Auswahl der Versorgung mit eingeflossen sind? _____

Funktionseinschränkung:

der Arme/Hände: Rechts: ja nein Links: ja nein

der Beine: Rechts: ja nein Links: ja nein

andere Funktionseinschränkungen, bzw. Erläuterung: _____

keine oder ungenügende Rumpfstabilität keine oder ungenügende Kopfkontrolle

Spasmen Hemiplegie Tetraplegie

Skoliose Kyphose Amputationen: _____

Kontrakturen (Gelenke und Grad der Einschränkung bitte nennen): _____

Leistungserbringer/Stempel

Ort/Datum _____

Name des Reha-Fachberaters in Druckbuchstaben, Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung aufgeklärt hat. Ich willige somit ein, dass der Erhebungsbogen durch den Leistungserbringer an die AOK Baden-Württemberg zur Überprüfung der Leistungspflicht weitergeleitet wird.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Zu Ihrer Sicherheit (Datenschutzhinweis nach dem V. und X. Sozialgesetzbuch):

Die Erhebung der Daten erfolgt zur Beurteilung, ob wir die Kosten für den Rollstuhl übernehmen können und ob ggf. der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu beteiligen ist – selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich. Die Angabe Ihrer Daten erfolgt freiwillig. Bitte beachten Sie jedoch, dass fehlende Angaben Ihren Leistungsanspruch gefährden können.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage von § 67a SGB X, § 60 SGB I, § 33 SGB V in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 4 und 7 SGB V.