



Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

Patientenangaben:			
Name:		Vorname:	
		Geb. Datum:	

Diagnose:

Allgemeine Grundsätze zum Formular
<ul style="list-style-type: none"> - zur Bewertung der Items wird bei Asymmetrien die am meisten betroffene Körperseite berücksichtigt - es soll, wenn möglich eine sitzende Ausgangsstellung gewählt werden, ohne externe Unterstützung - alle Kriterien sollen ohne Verwendung von Hilfsmittel beurteilt werden

1. Geh- und Stehfähigkeit			
Kategorie	a = 0 Punkte	b = 1 Punkt	c = 2 Punkte
1.1 mögliche Gehdistanz	> 200m <input type="checkbox"/>	1 – 200m <input type="checkbox"/>	0m <input type="checkbox"/>
1.2 Stehfähigkeit	ohne Hilfsperson <input type="checkbox"/>	mit Hilfsperson <input type="checkbox"/>	keine Stehfähigkeit <input type="checkbox"/>

2. Sitzposition			
Kategorie	a = 0 Punkte	b = 1 Punkt	c = 2 Punkte
2.1 Rumpf-/Beckenmobilität	mobil <input type="checkbox"/> kann Position verändern	gering eingeschränkt <input type="checkbox"/> kleine Positionswechsel	stark eingeschränkt oder immobil <input type="checkbox"/> kann Position geringfügig oder nicht verändern
2.2 Rumpf-/Beckensensibilität	alle Qualitäten normal <input type="checkbox"/> Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität	Hypästhesie <input type="checkbox"/> eine oder mehrere Qualitäten vermindert	Anästhesie <input type="checkbox"/> eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben
2.3 Rumpf-/Beckenkoordination	erhalten <input type="checkbox"/> keine Störung der Koordination	leichte Rumpfataxie <input type="checkbox"/> kann mindestens 3 Min. selbständig sitzen	schwere Rumpfataxie <input type="checkbox"/> kann nur mit Hilfe oder Abstützung sitzen
2.4 Skoliose / Beckenschiefstand	keine Skoliose <input type="checkbox"/> kein Schiefstand	leichte Skoliose <input type="checkbox"/> leichter Schiefstand	schwere Skoliose <input type="checkbox"/> starker Schiefstand
2.5 Rumpftonus	normoton <input type="checkbox"/>	leicht verändert <input type="checkbox"/> leicht hypoton oder erhöht (spastisch/rigid)	stark verändert <input type="checkbox"/> stark hypoton oder erhöht (spastisch/rigid)
2.6 Rumpfstabilität	stabil <input type="checkbox"/>	verminderte Stabilität <input type="checkbox"/> muss geführt/gestützt werden	Instabil <input type="checkbox"/> muss gehalten/fixiert werden
2.7 Kopf-/Halskontrolle	stabil <input type="checkbox"/>	Kontrolle leicht vermindert <input type="checkbox"/> kann Kopfhaltung bis 5 Min. kontrollieren	Kontrolle stark vermindert <input type="checkbox"/> keine selbständige Kopfkontrolle
2.8 Kopf-/Halsmobilität	mobil <input type="checkbox"/>	leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>	immobil <input type="checkbox"/>

3. Obere Extremität: Fortbewegung und Positionierung			
Kategorie	a = 0 Punkte	b = 1 Punkt	c = 2 Punkte
3.1 Kraft	erhalten (M5) <input type="checkbox"/>	vermindert <input type="checkbox"/>	aufgehoben, Plegie <input type="checkbox"/>
3.2 Tonus	normoton <input type="checkbox"/>	leicht vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>	stark vermindert oder erhöht: hypoton oderspastisch/ rigid <input type="checkbox"/>
3.3 Gelenkmobilität	mobil <input type="checkbox"/>	leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50% reduziert oder erhöht (hypermobil)	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50% reduziert oder erhöht (hypermobil)
3.4 Sensibilität	alle Qualitäten normal <input type="checkbox"/> Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität	Hypästhesie <input type="checkbox"/> eine oder mehrere Qualitäten vermindert	Anästhesie <input type="checkbox"/> eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben
3.5 Koordination	erhalten <input type="checkbox"/> keine Störung der Koordination	leichte Ataxie <input type="checkbox"/> kann einfache Bewegungen gezielt ausführen	schwere Ataxie <input type="checkbox"/> keine gezielten Bewegungen möglich
3.6 Kontrakturen	keine <input type="checkbox"/>	Kontrakturen in 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>	Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>

4. Untere Extremität: Fortbewegung und Positionierung			
Kategorie	a = 0 Punkte	b = 1 Punkt	c = 2 Punkte
4.1 Kraft	erhalten (M5) <input type="checkbox"/>	vermindert <input type="checkbox"/>	aufgehoben, Plegie <input type="checkbox"/>
4.2 Tonus	normoton <input type="checkbox"/>	leicht vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>	stark vermindert oder erhöht: hypoton Oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>
4.3 Gelenkmobilität	mobil <input type="checkbox"/>	leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50% reduziert oder erhöht (hypermobil)	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50% reduziert oder erhöht (hypermobil)
4.4 Sensibilität	alle Qualitäten normal <input type="checkbox"/> Tastsinn Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität	Hypästhesie <input type="checkbox"/> eine oder mehrere Qualitäten vermindert	Anästhesie <input type="checkbox"/> eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben
4.5 Koordination	erhalten <input type="checkbox"/> keine Störung der Koordination	leichte Ataxie <input type="checkbox"/> kann einfache Bewegungen gezielt ausführen	schwere Ataxie <input type="checkbox"/> keine gezielten Bewegungen möglich
4.6 Kontrakturen	keine <input type="checkbox"/>	Kontrakturen in 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>	Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>

5. Neuropsychologie/Kommunikation			
Kategorie	a = 0 Punkte	b = 1 Punkt	c = 2 Punkte
5.1 verbale Kommunikation	kann sich <input type="checkbox"/> verständlich ausdrücken	kann einfache Sachverhalte <input type="checkbox"/> verständlich ausdrücken (Hunger, Durst etc.)	kann sich nicht <input type="checkbox"/> verständlich ausdrücken
5.2 Verstehen	normales Verstehen <input type="checkbox"/>	versteh einfache <input type="checkbox"/> Inhalte: führt Instruktionen korrekt aus	nicht möglich <input type="checkbox"/> kann auch einfache Aufforderungen nicht ausführen
5.3 Sehen / Neglect	keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/>	eingeschränkter Visus <input type="checkbox"/> und/oder leichter visueller/sensibler Neglect: findet sich in bekannter Umgebung zurecht	blind und/oder <input type="checkbox"/> vollständig visueller/sensibler Neglect: findet sich auch in bekannter Umgebung nicht zurecht
5.4 Probleme lösen	keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> nötig z.B. Einhalten von Terminen	gelegentlich <input type="checkbox"/> Hilfestellung nötig	andauernde <input type="checkbox"/> Hilfestellung nötig

6. Transfer/Transport			
Kategorie	a = 0 Punkte	b = 1 Punkt	c = 2 Punkte
6.1 Transfer	ohne Hilfsperson <input type="checkbox"/>	braucht Hilfsperson <input type="checkbox"/>	braucht mehrere Hilfspersonen oder technische Hilfe <input type="checkbox"/>

7. Weitere Angaben			
Kategorie		y	z
7.1 Gewicht			> 140 kg <input type="checkbox"/>
7.2 Grösse	< 150cm	<input type="checkbox"/>	> 185 cm <input type="checkbox"/>
7.3 Beatmung	Sauerstoffzufuhr	<input type="checkbox"/>	Beatmung <input type="checkbox"/>
7.41 Amputationen obere Extremität	1 Extremität	<input type="checkbox"/>	2 Extremitäten <input type="checkbox"/>
7.42 Amputationen untere Extremität	1 Extremität	<input type="checkbox"/>	2 Extremitäten <input type="checkbox"/>
7.5 Dekubitus-Risiko	vorhanden	<input type="checkbox"/>	erhöht <input type="checkbox"/>
7.6 Progredienz	langsam	<input type="checkbox"/>	schnell <input type="checkbox"/>
7.7 bestehende Orthesen	1 Extremität	<input type="checkbox"/>	2 Extremitäten <input type="checkbox"/>
7.8 Inkontinenz			ja <input type="checkbox"/>
7.9 Abhängigkeit von Begleitpersonen	1 Person	<input type="checkbox"/>	mehrere <input type="checkbox"/>
7.10 Fehlbildungen	obere Extremität	<input type="checkbox"/>	untere Extremität <input type="checkbox"/>

8. Versorgungsziel/Einsatzbereich	
8.1 Erhaltung der Lebensqualität	<input type="checkbox"/>
8.2 Verbesserung der Lebensqualität	<input type="checkbox"/>
8.3 Förderung der Selbständigkeit	<input type="checkbox"/>
8.4 Verminderung der Progredienz der Haltungsinsuffizienz	<input type="checkbox"/>
8.5 Erlernen von Aktivitäten	<input type="checkbox"/>
8.6 Innenbereich	<input type="checkbox"/>
8.7 Aussenbereich	<input type="checkbox"/>
8.8 Schule/Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>
8.9 Schul-/Arbeitsweg	<input type="checkbox"/>

Langzeitversorgung	> 1 Jahr <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------------

Bemerkungen:

Unterschrift/Stempel des Arztes
Tel.: _____ Ort: _____ Datum: _____

Institution / Therapeut