**Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls**

|  |
| --- |
| **Patientenangaben:** |
| **Name:** |       | **Vorname:** |       | **Geb. Datum:** |       |

|  |
| --- |
| **Diagnose:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Allgemeine Grundsätze zum Formular** |
| - 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** | **> 200 m** | **[ ]**  | **1 – 200 m** | **[ ]**  | **0 m** | **[ ]**  |
| **1.2** | **Stehfähigkeit** | **ohne Hilfsperson** | **[ ]**  | **mit Hilfsperson** | **[ ]**  | **keine Stehfähigkeit** | **[ ]**  |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | **Neuropsychologie/Kommunikation** |
|  | **Kategorie** | **a = 0 Punkte** | **b = 1 Punkt** | **c = 2 Punkte** |
| **5.1** | **verbale Kommunikation** | kann sich | **[ ]**  | kann **einfache Sachver-** | **[ ]**  | kann sich **nicht** | **[ ]**  |
|  |  | **verständlich** ausdrücken | **halte** verständlich aus-drücken (Hunger, Durst etc.) | **verständlich** ausdrücken |
| **5.2** | **Verstehen** | **normales Verstehen** | **[ ]**  | **versteht einfache** | **[ ]**  | **nicht möglich** | **[ ]**  |
|  |  |  | **Inhalte:** führt Instruktionen korrekt aus | kann auch einfache Aufforderungen nicht ausführen |
| **5.3** | **Sehen / Neglect** | **keine Beeinträchtigung** | **[ ]**  | **eingeschränkter Visus** | **[ ]**  | **blind und/oder** | **[ ]**  |
|  |  |  | **und/oder leichter visueller/sensibler Neglect:**findet sich in bekannterUmgebung zurecht | **vollständig visueller/sensibler Neglect:** findet sich auch in bekannterUmgebung nicht zurecht |
| **5.4** | **Probleme lösen** | **keine Hilfestellungnötig** | **[ ]**  | **gelegentlich** | **[ ]**  | **andauernde** | **[ ]**  |
|  |  | z.B. Einhalten von Terminen | **Hilfestellung nötig** | **Hilfestellung nötig** |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** | **Transfer / Transport** |
|  | **Kategorie** | **a = 0 Punkte** | **b = 1 Punkt** | **c = 2 Punkte** |
| **6.1** | **Transfer** | **ohne Hilfsperson** | **[ ]**  | **braucht Hilfsperson** | **[ ]**  | **braucht mehrere** | **[ ]**  |
|  |  |  |  | **Hilfspersonen oder technische Hilfe** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **8.** | **Versorgungsziel / Einsatzbereich** |
| **8.1** | **Erhaltung der Lebensqualität** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.2** | **Verbesserung der Lebensqualität** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.3** | **Förderung der Selbständigkeit** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.4** | **Verminderung der Progredienz der Haltungsinsuffizienz** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.5** | **Erlernen von Aktivitäten** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.6** | **Innenbereich** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.7** | **Aussenbereich** | [ ]  |  |  |  |
| **8.8** | **Schule/Arbeitsplatz** | [ ]  |  |  |  |  |
| **8.9** | **Schul-/Arbeitsweg** | [ ]  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Langzeitversorgung** | **> 1 Jahr** | [ ]  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Unterschrift/Stempel des Arztes** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tel.:** |  |  |  |  |
| **Ort:** |  | **Datum:** |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Institution / Therapeut** |
|       |