

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

Patientenangaben:			
Name:		Vorname:	
Adresse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Mobile:	
Telefon G:		E-Mail:	
AHV/Vers. Nr.:		Geb. Dat.:	

Verordnung:	
Neuversorgung: <input type="checkbox"/>	Folgeversorgung: <input type="checkbox"/>
Positionsveränderung: <input type="checkbox"/>	Wachstum: <input type="checkbox"/>
Postoperativ: <input type="checkbox"/>	Status nach/Datum: <input type="checkbox"/>
Progredienz: <input type="checkbox"/>	andere: <input type="checkbox"/>

Diagnose:
Funktionsausfall:

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 Items (Kriterien?) sollen ohne Verwendung von Hilfsmittel beurteilt werden

1. Geh- und Stehfähigkeit			
Kategorie	a	b	c
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"/>

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

2. Sitzposition			
Kategorie	a	b	c
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: (Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität) <input type="checkbox"/>	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"/> bis 15° nach Cobb, leichter Schiefstand	schwere Skoliose <input type="checkbox"/> > 15° nach Cobb, 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	b	c
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 oder spastisch/ 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: (Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität) <input type="checkbox"/>	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"/>

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

4. Untere Extremität: Fortbewegung und Positionierung			
Kategorie	a	b	c
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 Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50% reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50% reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>
4.4 Sensibilität	alle Qualitäten normal: (Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität) <input type="checkbox"/>	Hypästhesie eine oder mehrere Qualitäten vermindert <input type="checkbox"/>	Anästhesie eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben <input type="checkbox"/>
4.5 Koordination	erhalten keine Störung der Koordination <input type="checkbox"/>	leichte Ataxie kann einfache Bewegungen gezielt ausführen <input type="checkbox"/>	schwere Ataxie keine gezielten Bewegungen möglich <input type="checkbox"/>
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	b	c
5.1 verbale Kommunikation	kann sich verständlich ausdrücken <input type="checkbox"/>	kann einfache Sachverhalte verständlich ausdrücken (Hunger, Durst etc.) <input type="checkbox"/>	kann sich nicht verständlich ausdrücken <input type="checkbox"/>
5.2 Verstehen	normales Verstehen <input type="checkbox"/>	versteht einfache Inhalte: führt Instruktionen korrekt aus <input type="checkbox"/>	nicht möglich kann auch einfache Aufforderungen nicht ausführen <input type="checkbox"/>
5.3 Sehen / Neglect	keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/>	eingeschränkter Visus und/oder leichter visueller/sensibler Neglect: findet sich in bekannter Umgebung zurecht <input type="checkbox"/>	blind und/oder vollständig visueller/sensibler Neglect: findet sich auch in bekannter Umgebung nicht zurecht <input type="checkbox"/>
5.4 Probleme lösen	keine Hilfestellung nötig (z.B. Einhalten von Terminen) <input type="checkbox"/>	gelegentlich Hilfestellung nötig <input type="checkbox"/>	andauernde Hilfestellung nötig <input type="checkbox"/>

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

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

7. Weitere Angaben			
Kategorie		y	z
7.1	Gewicht		> 120 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"/>
--------------------	-----------------------------------

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

Bemerkungen:

Unterschrift/Stempel des Arztes:

Tel.: _____

Ort: _____

Datum: _____

Institution / Therapeut: