

Abklärungsbogen PG 18 Krankenfahrzeuge

PRO ACTIV Reha-Technik GmbH • Im Hofstätt 11 • 72359 Dotternhausen



Indikation:

Weitere Einschränkungen:

Datum:

Versicherter / Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (Kg):

Kostenträger:

Leistungserbringer:

Ansprechpartner:

Tel./E-Mail:

Mitarbeiter PRO ACTIV:

1. Versorgungsanlass* / *①

Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

*Erstversorgung = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.

*Zweitversorgung = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

*Folgeversorgung = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.

*Umversorgung = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhand. aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. Bereich *①

familiärer Bereich Institution/Arbeit außer Haus im Haus Freizeit Sport

3. Wohnsituation *①

Haus Wohnung ebenerdig berg. Gelände Aufzug Eigentum Miete

4. Wohnbereich innen / außen / Wohnung *①

Zimmertüren	Treppen	Absatz	Aufzug	Beschaffenheit der zu befahr. Wege:
<input type="checkbox"/> 60cm	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	befestigt <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> 70cm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 80cm		Höhe:	Türbreite:	unbefestigt <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> 100cm		_____cm	_____cm	<input type="checkbox"/> Nein

5. Außenbereich / Eingangsbereich *①

Eingangstür	Treppen	Aufzug	Rampe	Garage	Carport
<input type="checkbox"/> 80cm	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> 100cm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
_____cm		Türbreite:	Steigung:	Stromanschluß	Stromanschluß
		_____cm	_____%	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

6. Kraftfahrzeug *①

Fahrzeugmarke	Fahrzeugtyp	Verlademöglch.	Verladesystem	Verstellung Fahrersitz
_____	<input type="checkbox"/> Limousine	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> manuell
Modell	<input type="checkbox"/> Coupe	<input type="checkbox"/> Begleitperson	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> elektrisch
_____	<input type="checkbox"/> Kombi		Modell:	
	<input type="checkbox"/> Bus		_____	
	<input type="checkbox"/> Van			
	<input type="checkbox"/> SUV			
	<input type="checkbox"/> sonstiges _____			

Abklärungsbogen PG 18 Krankenfahrzeuge

7. Adaptionen *①

mech. Zughilfe	elektr. Zughilfe	Zusatzantrieb	Treppensteiger	Einhandantrieb
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Hersteller:	Hersteller:	Hersteller:	Hersteller:	Hersteller:
_____	_____	_____	_____	_____
Modell:	Modell:	Modell:	Modell:	Modell:
_____	_____	_____	_____	_____

8. Notwendige Besonderheiten (z.B Sitzschale etc.) *①

OT-Schale	Leichtbauschale	anat.angep. Sitzk.	Kopfstütze	Kraftknoten	Inkontinenz / Kathetern
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Hersteller:	Hersteller:	Höhe:	Hersteller:	Hersteller:	<input type="checkbox"/> im Rolli
_____	_____	_____cm	_____	_____	<input type="checkbox"/> extern
Modell:	Modell:		Modell:	Modell:	
_____	_____		_____	_____	

9. Transfer *①

eigenständig	Rutschbrett	Lifter	Füße
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> am Boden
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> auf Fußbrett
<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> mobil	
<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> stationär	

10. Versorgungsempfehlung

Modell: _____ HMV-Nr.: _____

11. Risikobewertung:

12. Sonstiges

Ort, Datum	Unterschrift Kunde
Unterschrift Arzt/Therapeut	Unterschrift Händler

*① Es können auch mehrere Optionen möglich sein.

Gebrauchstauglichkeit laut MPG festgestellt am _____, Kürzel: _____