

Erprobungsbericht

Angaben zum Versicherten

Datum: _____

Name: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kostenträger: _____

KV- Nr.: _____

Familie/Betreuer: _____

Betreuender Fachhändler: _____

Fachberater Fa. Schuchmann: _____

Andere: _____

Anlass der Versorgung

☐ Erstversorgung ☐ Zweitversorgung ☐ Folgeversorgung ☐ Umversorgung

Begründung

Einsatzort des Hilfsmittels

☐ im Haus ☐ außer Haus ☐ Transport im PKW ☐ Institution ☐ im Rahmen der beruflichen Tätigkeit

Besondere örtliche Gegebenheiten

Bisherige, vorhandene Hilfsmittel (soweit für diese Versorgung relevant)

Sonstiges

Zielsetzung der Versorgung

- ☐ Teilhabe am familiären und öffentlichen Leben
- ☐ Sicherer Transport im Haus
- ☐ Sicherer Transport außer Haus
- ☐ Erweiterung des eigenständigen Lebensradius
- ☐ Ermöglichen einer physiologischen Sitzposition
- ☐ Schaffung der Möglichkeit zur eigenständigen Fortbewegung
- ☐ Ermöglichen und/oder Verbessern der Stehfunktion
- ☐ Ermöglichen und/oder Verbessern der Gehfunktion
- ☐ Training des Gleichgewichtssinns
- ☐ Ermöglichen des Toilettenganges
- ☐ Ermöglichen des Bade-/Duschvorganges
- ☐ Training alternierender Bewegung
- ☐ Vorbeugung oder Entgegenwirken von Kontrakturen
- ☐ Stärkung des Skeletts (Ausprägung der Gelenke, Erhöhung der Knochendichte)
- ☐ Verbesserung der Darmtätigkeit
- ☐ Verbesserung der Atmung
- ☐ Verbesserung der Durchblutung

Sonstiges (Anmerkungen zu den Zielsetzungen)

Versorgungsempfehlung

Anforderungen an die Ausstattung

Besonderheiten (Modifikationen, Sauerstoffplatten usw.)

Anpassbogen ist beigelegt: ☐ ja ☐ nein

Erprobungsort: _____

Die Erprobung wurde erfolgreich durchgeführt am: _____

Fotodokumentation wurde durchgeführt: ☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung einschließlich Fotodokumentation zur weiteren Auswertung auf dem Fragebogen festgehalten werden.

Die Nutzungsfreigabe der Fotodokumentation wurde erteilt am: _____

durch: _____

Dieser Fragebogen wird ausschließlich von den an der Versorgung Beteiligten genutzt.

Mit der Weiterleitung dieses Fragebogens an meinem Kostenträger im Rahmen dieser Versorgung bin ich einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und sich keine nachteiligen Folgen bei teilweiser oder gänzlicher Nichtbeantwortung ergeben.

Dieser Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

Unterschriften der Beratungsteilnehmer

	Name	Datum	Unterschrift
Versicherter (bzw. Eltern):	_____	_____	_____
Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in:	_____	_____	_____
Krankenversicherung:	_____	_____	_____
Fachberater/in (Sanitätshaus):	_____	_____	_____
Fachberater/in (Schuchmann):	_____	_____	_____
	: _____	_____	_____
	: _____	_____	_____