

Statuserhebung

(erforderlich bei Versorgungen von Kindern)

Name der/des Versicherten

Versicherungsnummer

Die Datenerhebung wurde durchgeführt von: _____

Beteiligte an der Erhebung (Angehörige/Betreuer):

Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Kontrakturen:

nein

Streckkontraktur: Knie Hüfte abduziert Hüfte adduziert

Beugekontraktur: Knie Hüfte abduziert Hüfte adduziert

Besonderheiten: _____

Skelettdeformitäten:

nein

ja, welche? _____

Muskeltonus:

hyperton hypoton normalton wechselnd

Erläuterung Bewertungsziffern:

1: Ohne Schwierigkeiten, 2: Geringe Schwierigkeit, 3: Mäßige Schwierigkeit, 4: Große Schwierigkeit, 5: Unmöglich

Selbständige Mobilität ohne Hilfsmittel:

Krabbeln: 1 2 3 4 5

Stehen: 1 2 3 4 5

Gehen: 1 2 3 4 5

wenn selbständiges Gehen möglich, Strecke: _____ Meter

Selbständiger Transfer: 1 2 3 4 5

Selbständige Mobilität möglich mit Hilfe von:

beiden Armen einem Arm Arm & Bein teils selbst/teils geschoben Arm-
und Handfunktion Begleitperson _____

Anlage 9 der Vereinbarung über die Lieferung von Krankenfahrzeugen

Selbständiges Sitzen (Sitzstabilität): 1 2 3 4 5

Dauer des Sitzens am Stück: _____ Stunde/n

selbständige Druckentlastung möglich selbständige Druckentlastung nicht möglich

Sitzkissen, Art: _____

Kopfstabilität: 1 2 3 4 5

Bewusstsein: 1 2 3 4 5

Orientierung: 1 2 3 4 5

Selbständige Mobilität mit dem beantragten Hilfsmittel: 1 2 3 4 5

Das beantragte Hilfsmittel soll verwendet werden:

zu Hause zum Transport im Kindergarten/in der Schule im Heim

am Arbeitsplatz/in der WfB

Versorgungsziel: aktiv teilweise aktiv passiv Lagerung

Bisherige Versorgung:

Rollstuhl Buggy Sitzschale Sonstige: _____

Versicherte/r toleriert die eingesetzten Hilfsmittel: ja nein

Hilfsmittel ist nicht mehr passend, da:

Wachstum, Hilfsmittel nicht mehr anpassbar progrediente Erkrankung Verschleiß

Sind operative Maßnahmen (Korrekturoperation) innerhalb der nächsten Monate geplant?

nein ja, Zeitpunkt: _____

Sollten diese Angaben von Ihnen nicht erbracht werden, wird eine Vorstellung beim Medizinischen Dienst (MDK) nach § 275 Abs. 3 SGB V erforderlich. Dies kann unter Umständen zu Verzögerungen in der Bearbeitung führen.

Ich habe die Informationen zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin mit der Versorgung einverstanden

Ort, Datum

Name und Unterschrift Versicherte/r, Erziehungsberechtigte/r,
Betreuer/in

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der AOK Hessen nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 SGB V und § 94 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5, 6 SGB XI zum Zwecke der Versorgung und Abrechnung von einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.aok.de/hessen/datenschutzrechte