

Erhebungsbogen/Erprobungsbericht

(Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem eKVA einreichen)

Leistungserbringer:

Firmenname: _____

IK: _____

Ansprechpartner: _____

Tel: _____

Versichertendaten:

Name, Vorname: _____

KV-Nr: _____

Anschrift: _____

Geb.Datum: _____

(falls zutreffend: Name betreuende Person, Telefon)

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____

Name/Funktion (bspw. Angehörige/Therapeut/Lehrer)

1. Versorgungsanlass: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Erstversorgung Folgeversorgung (erneute Versorgung bspw. als Ersatz für verbrauchtes Hilfsmittel)

Umversorgung (Bitte Begründung angeben) (vorhandenes Hilfsmittel kann nicht genutzt werden/ ist nicht mehr geeignet)

Begründung/Erläuterung (bei Umversorgung anzugeben):.....

2. Zustandserhebung (IST -Situation)

2.1 Versorgungsrelevante Diagnose:

2.2 Motorische Voraussetzungen (versorgungsrelevante Körperteile angeben)

Nicht relevante Kt. streichen >	Hand		Arm		Bein		Fuß		Kopf
Beweglichkeit:	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uneingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftgrad ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zielgerichtetes Zeigen:

nicht möglich möglich mit Faust / flacher Hand / Fingerisolation

Überschüssende Bewegungen/Koordinationsstörungen niedriger Kraftgrad

Weitere Anmerkungen:

.....

2.2 Kommunikation

Sprechen

gut verständlich verwaschen nicht sprechend

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mimik | <input type="checkbox"/> Handzeichen | <input type="checkbox"/> Symbole (Tafel) | <input type="checkbox"/> Einwortäußerung |
| <input type="checkbox"/> Lautieren | <input type="checkbox"/> Gesten | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Mehrwortäußerung |
| <input type="checkbox"/> Gebärden | | <input type="checkbox"/> Buchstaben (Tafel) | |
| <input type="checkbox"/> Lautsprache | | <input type="checkbox"/> Schreiben gestützt | |
| | | <input type="checkbox"/> Schreiben manuell | |

Sprachverständnis

- gutes Sprachverständnis eingeschränktes Sprachverständnis (~ nur kurze/klare Sätze)
- Ja/Nein Verständnis Mehrwortverständnis
- Schriftverständnis vorhanden (gelesenes wird verstanden)
- wenn Aussagen veranschaulicht werden (bspw. durch Gebärden oder Symbole)
- auf elementare Begriffe begrenzt
- zeigt kein Interesse an Interaktion/Kommunikation
- Beurteilung nicht möglich

Bild/Symbolbasierte Kommunikation (sofern zutreffend angeben)

- Erkennen und Verstehen (Zuordnen von Farben und Formen) ist nicht gegeben ansatzweise vorhanden vorhanden kann nicht beurteilt werden
- Einsetzen von Symbolen nicht auf Aufforderung (reaktiv) ansatzweise eigeninitiativ eigeninitiativ möglich.
- Aus wievielen Symbolen kann gezielt ausgewählt werden?

Weitere Anmerkungen:

Bisher verwendete Hilfsmittel (PG 02/16):

2.3 Umfeldkontrolle / Behindertengerechte Bedienelemente (nur auszufüllen, sofern eine Versorgung erfolgen soll)

- Welche Geräte im Haushalt sollen angesteuert werden?
.....
- Welche Körperteile sind für die Ansteuerung von Geräten durch Bedienelemente/Umfeldkontrollgeräte geeignet und mit welchem Körperteil (z. B. Arm, Bein, Finger) wird die Ansteuerung ausgelöst?
.....
- Welche Kräfte sind für die Auslösung erforderlich? Verfügt die Versicherte oder der Versicherte darüber?
.....
- Welche Maßnahmen sind erforderlich, um eine sichere Bedienung zu gewährleisten?
.....
- Wie kann das behindertengerechte Bedienelement/das Umfeldkontrollgerät fachgerecht positioniert werden, um für die Versicherte oder den Versicherten erreichbar und anwendbar zu sein (z.B. keine Sichtbehinderung, keine Behinderung anderer Aktivitäten)?
.....
- Weitere Anmerkungen:

3. Zielsetzung der Versorgung:

Im Rahmen der Bedarfsermittlung/Erprobung ist vom Vertragspartner in Zusammenarbeit mit behandelnden Logopäden / Therapeuten zu bewerten, welche der nachfolgenden Ziele mit dem Hilfsmittel erreicht werden können.

Handlungen/Kommunikation eigenständig initiieren

- Ursache-Wirkungs-Prinzip (Grundlage jeglicher Kommunikation) erwerben bzw. festigen
- Beziehungen gestalten und Dialoge aufbauen (wechselseitig Handeln)
- Einwortaussagen erlernen Mehrwortaussagen bilden sich komplex mitzuteilen
- Kommunikation über Schriftsprache tätigen bzw. Schriftspracherwerb ausbauen

Bemerkungen:

.....

4. Hilfsmittel: erforderliche Merkmale

- Sprachausgabe Schrifteingabe Symboleingabe

- direkte Ansteuerung Fingerführaster Bildschirmtastatur Spezielle Tastatur
- Indirekte Ansteuerung Scanning/Taste(n) Maus/Kopfmaus/Joystick Augensteuerung

- Umfeldsteuerung:

Bemerkungen/Besonderheiten:

.....

4.1 Versorgungsempfehlung des Versorgungsteams:

Nach individueller Bedarfsermittlung und bedarfsgerechter Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels (ggf. unter Einbindung der Pflegepersonen und ggf. der Ergo-/Physiotherapeuten und Logopäden (bei Einverständnis der oder des Versicherten) unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung, der Indikationen/Diagnose, des Versorgungsziels, der Versorgungssituation und der möglichen Wechselwirkung mit bereits vorhandenen oder mit weiteren verordneten Hilfsmitteln, wird folgende Versorgung empfohlen:

Typ: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Benötigtes Zubehör: Halterung Rollstuhl Tisch Bodenständer Tasche / Tragesystem

Sensoren/Taster Sonstiges:

Begründung des Einzelproduktes:

.....

5. Erprobung eines Kommunikations- und/oder Adaptionshilfsmittels:

Folgendes Hilfsmittel/Zubehör wurde im Zeitraum von bis erprobt.

.....
Ergebnis der Erprobung:

Ausführliche ärztliche Begründung liegt nicht vor liegt vor ist beigelegt. (Nur bei individuellen Versorgungsen erforderlich)

Die individuelle Bedarfsermittlung und bedarfsgerechte Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels ggf. unter Einbindung der Pflegepersonen und ggf. der Ergo-/Physiotherapeuten und Logopäden (bei Einverständnis der Versicherten oder des Versicherten) wurde unter Berücksichtigung der Indikationen/ Diagnose, des Versorgungsziels, der Versorgungssituation und der möglichen Wechselwirkung mit bereits vorhandenen oder mit weiteren verordneten Hilfsmitteln durchgeführt.

Eingebundene
Personen:

.....
(Unterschrift, Name in Druckbuchstaben, Stempel) (falls vorhanden)

.....
Datum (der Erhebung)

Leistungserbringer:

.....
(Unterschrift, Name in Druckbuchstaben, Stempel)

.....
Datum (der Erhebung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung an die AOK Baden-Württemberg aufgeklärt hat.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter/Bevollmächtigten)

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 7 SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok-bw.de/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bw.aok.de.

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet