

# 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
<b>Beweglichkeit:</b>	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:

.....  
Ein Video zur Veranschaulichung des Erprobungsergebnisses wurde erstellt:  Ja /  Nein

Ausführliche ärztliche Begründung  liegt nicht vor  liegt vor  ist beigefügt. (Nur bei individuellen Versorgungen 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 ärztlichen Verordnung, 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](http://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](mailto:datenschutz@bw.aok.de).

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