

## Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

| Patientenangaben: |  |             |  |
|-------------------|--|-------------|--|
| Name:             |  | Vorname:    |  |
|                   |  | Geb. Datum: |  |

| Diagnose: |
|-----------|
|           |

| Allgemeine Grundsätze zum Formular:   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Bewertung der Items wird bei Asymmetrien die am meisten betroffene Körperseite berücksichtigt</li> <li>- es soll wenn möglich eine sitzende Ausgangsstellung gewählt werden, ohne externe Unterstützung</li> <li>- alle Kriterien sollen ohne Verwendung von Hilfsmittel beurteilt werden</li> </ul> |

| 1. Geh- und Stehfähigkeit |   |  |  |
|---------------------------|---|--|--|
| Kategorie                 | a = 0 Punkte                              | b = 1 Punkt                              | c = 2 Punkte                                 |
| 1.1 mögliche Gehdistanz   | > 200 m <input type="checkbox"/>          | 1 – 200 m <input type="checkbox"/>       | 0 m <input type="checkbox"/>                 |
| 1.2 Stehfähigkeit         | ohne Hilfsperson <input type="checkbox"/> | mit Hilfsperson <input type="checkbox"/> | keine Stehfähigkeit <input type="checkbox"/> |

| 2. Sitzposition               |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|
| Kategorie                     | a = 0 Punkte  | b = 1 Punkt   | c = 2 Punkte  |
| 2.1 Rumpf-/Beckenmobilität    | mobil <input type="checkbox"/><br>kann Position verändern   | gering eingeschränkt <input type="checkbox"/><br>kleine Positionswechsel                          | stark eingeschränkt oder immobil <input type="checkbox"/><br>kann Position geringfügig oder nicht verändern |
| 2.2 Rumpf-/Beckensensibilität | alle Qualitäten normal: <input type="checkbox"/><br>(Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität) | Hypästhesie <input type="checkbox"/><br>eine oder mehrere Qualitäten vermindert                   | Anästhesie <input type="checkbox"/><br>eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben                              |
| 2.3 Rumpf-/Beckenkoordination | erhalten <input type="checkbox"/><br>keine Störung der Koordination                                     | leichte Rumpfataxie <input type="checkbox"/><br>kann mindestens 3 Min. selbständig sitzen         | schwere Rumpfataxie <input type="checkbox"/><br>kann nur mit Hilfe oder Abstützung sitzen                   |
| 2.4 Skoliose                  | keine Skoliose <input type="checkbox"/><br>kein Schiefstand   | leichte Skoliose <input type="checkbox"/><br>leichter Schiefstand                                 | schwere Skoliose <input type="checkbox"/><br>starker Schiefstand  |
| 2.5 Rumpftonus                | normoton <input type="checkbox"/>   | leicht verändert <input type="checkbox"/><br>leicht hypoton oder erhöht (spastisch/rigid)         | stark verändert <input type="checkbox"/><br>stark hypoton oder erhöht (spastisch/rigid)                     |
| 2.6 Rumpfstabilität           | stabil <input type="checkbox"/>   | verminderte Stabilität <input type="checkbox"/><br>muss geführt/gestützt werden                   | Instabil <input type="checkbox"/><br>muss gehalten/fixiert werden   |
| 2.7 Kopf-/Halskontrolle       | stabil <input type="checkbox"/>   | Kontrolle leicht vermindert <input type="checkbox"/><br>kann Kopfhaltung bis 5 Min. kontrollieren | Kontrolle stark vermindert <input type="checkbox"/><br>keine selbständige Kopfkontrolle                     |
| 2.8 Kopf-/Halsmobilität       | mobil <input type="checkbox"/>  | leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>   | immobil <input type="checkbox"/>  |

| 3. Obere Extremität: Fortbewegung und Positionierung |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Kategorie  | a = 0 Punkte  | b = 1 Punkt  | c = 2 Punkte  |
| 3.1 Kraft  | erhalten (M5) <input type="checkbox"/>  | vermindert <input type="checkbox"/>  | aufgehoben , Plegie <input type="checkbox"/>  |
| 3.2 Tonus  | normoton <input type="checkbox"/>   | leicht vermindert oder erhöht:<br>hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>   | stark vermindert oder erhöht:<br>hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>   |
| 3.3 Gelenkmobilität                                  | mobil <input type="checkbox"/>  | leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/><br>Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) | stark eingeschränkt <input type="checkbox"/><br>Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) |
| 3.4 Sensibilität                                     | alle Qualitäten normal: <input type="checkbox"/><br>(Tastsinn, Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität) | Hypästhesie <input type="checkbox"/><br>eine oder mehrere Qualitäten vermindert  | Anästhesie <input type="checkbox"/><br>eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben  |
| 3.5 Koordination                                     | erhalten <input type="checkbox"/><br>keine Störung der Koordination                                     | leichte Ataxie <input type="checkbox"/><br>kann einfache Bewegungen gezielt ausführen  | schwere Ataxie <input type="checkbox"/><br>keine gezielten Bewegungen möglich   |
| 3.6 Kontrakturen                                     | keine <input type="checkbox"/>  | Kontrakturen in 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>  | Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>   |

| 4. Untere Extremität: Fortbewegung und Positionierung |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Kategorie   | a = 0 Punkte   | b = 1 Punkt  | c = 2 Punkte  |
| 4.1 Kraft   | erhalten (M5) <input type="checkbox"/>   | vermindert <input type="checkbox"/>  | aufgehoben , Plegie <input type="checkbox"/>  |
| 4.2 Tonus   | normoton <input type="checkbox"/>  | leicht vermindert oder erhöht:<br>hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>   | stark vermindert oder erhöht:<br>hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>   |
| 4.3 Gelenkmobilität                                   | mobil <input type="checkbox"/>   | leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/><br>Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) | stark eingeschränkt <input type="checkbox"/><br>Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) |
| 4.4 Sensibilität                                      | alle Qualitäten normal: <input type="checkbox"/><br>(Tastsinn Schmerz, Temperatur, Tiefensensibilität) | Hypästhesie <input type="checkbox"/><br>eine oder mehrere Qualitäten vermindert  | Anästhesie <input type="checkbox"/><br>eine oder mehrere Qualitäten aufgehoben  |
| 4.5 Koordination                                      | erhalten <input type="checkbox"/><br>keine Störung der Koordination                                    | leichte Ataxie <input type="checkbox"/><br>kann einfache Bewegungen gezielt ausführen  | schwere Ataxie <input type="checkbox"/><br>keine gezielten Bewegungen möglich   |
| 4.6 Kontrakturen                                      | keine <input type="checkbox"/>   | Kontrakturen in 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>  | Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>   |

| 5. Neuropsychologie/Kommunikation |  |   |  |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Kategorie                         | a = 0 Punkte   | b = 1 Punkt   | c = 2 Punkte   |
| 5.1 verbale Kommunikation         | kann sich verständlich ausdrücken <input type="checkbox"/>                       | kann einfache Sachverhalte verständlich ausdrücken (Hunger, Durst etc.) <input type="checkbox"/>  | kann sich nicht verständlich ausdrücken <input type="checkbox"/>   |
| 5.2 Verstehen                     | normales Verstehen <input type="checkbox"/>                                      | versteht einfache Inhalte: führt Instruktionen korrekt aus <input type="checkbox"/>   | nicht möglich <input type="checkbox"/><br>kann auch einfache Aufforderungen nicht ausführen  |
| 5.3 Sehen / Neglect               | keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/>                                  | eingeschränkter Visus und/oder leichter visueller/sensibler Neglect: findet sich in bekannter Umgebung zurecht <input type="checkbox"/> | blind und/oder vollständig visueller/ sensibler Neglect: findet sich auch in bekannter Umgebung nicht zurecht <input type="checkbox"/> |
| 5.4 Probleme lösen                | keine Hilfestellung nötig (z.B. Einhalten von Terminen) <input type="checkbox"/> | gelegentlich Hilfestellung nötig <input type="checkbox"/>   | andauernde Hilfestellung nötig <input type="checkbox"/>  |

| 6. Transfer/Transport |   |  |  |
|-----------------------|---|--|--|
| Kategorie             | a = 0 Punkte                              | b = 1 Punkt                                  | c = 2 Punkte   |
| 6.1 Transfer          | ohne Hilfsperson <input type="checkbox"/> | braucht Hilfsperson <input type="checkbox"/> | braucht mehrere Hilfspersonen oder technische Hilfe <input type="checkbox"/> |

| 7. Weitere Angaben                   |                  |                          |  |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|--|
| Kategorie                            | y                |                          | z  |
| 7.1 Gewicht                          |                  |                          | > 120 kg <input type="checkbox"/>          |
| 7.2 Grösse                           | < 150 cm         | <input type="checkbox"/> | > 185 cm <input type="checkbox"/>          |
| 7.3 Beatmung                         | Sauerstoffzufuhr | <input type="checkbox"/> | Beatmung <input type="checkbox"/>          |
| 7.41 Amputationen obere Extremität   | 1 Extremität     | <input type="checkbox"/> | 2 Extremitäten <input type="checkbox"/>    |
| 7.42 Amputationen untere Extremität  | 1 Extremität     | <input type="checkbox"/> | 2 Extremitäten <input type="checkbox"/>    |
| 7.5 Dekubitus-Risiko                 | vorhanden        | <input type="checkbox"/> | erhöht <input type="checkbox"/>            |
| 7.6 Progredienz                      | langsam          | <input type="checkbox"/> | schnell <input type="checkbox"/>           |
| 7.7 bestehende Orthesen              | 1 Extremität     | <input type="checkbox"/> | 2 Extremitäten <input type="checkbox"/>    |
| 7.8 Inkontinenz                      |                  |                          | ja <input type="checkbox"/>                |
| 7.9 Abhängigkeit von Begleitpersonen | 1 Person         | <input type="checkbox"/> | mehrere <input type="checkbox"/>           |
| 7.10 Fehlbildungen                   | obere Extremität | <input type="checkbox"/> | untere Extremität <input type="checkbox"/> |

| 8. Versorgungsziel/Einsatzbereich                         |                          |
|---|--------------------------|
| 8.1 Erhaltung der Lebensqualität                          | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 Verbesserung der Lebensqualität                       | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 Förderung der Selbständigkeit                         | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 Verminderung der Progredienz der Haltungsinsuffizienz | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 Erlernen von Aktivitäten                              | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 Innenbereich  | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 Aussenbereich   | <input type="checkbox"/> |
| 8.8 Schule/Arbeitsplatz                                   | <input type="checkbox"/> |
| 8.9 Schul-/Arbeitsweg                                     | <input type="checkbox"/> |

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| Langzeitversorgung | > 1 Jahr <input type="checkbox"/> |
|--------------------|-----------------------------------|

| Bemerkungen: |
|--------------|
|              |

| Unterschrift/Stempel des Arztes:                  |
|---|
| <p>Tel.: _____</p> <p>Ort: _____ Datum: _____</p> |

| Institution / Therapeut: |
|--------------------------|
|                          |