

## Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Kinderrollstuhls (Zusatz zu GMFCS Formular für Bestimmung des Behinderungsgrades)

Patientenangaben:					
Name:		Vorname:		Geb. Datum:	

Diagnose:

Allgemeine Grundsätze zum Formular:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Nummerierung der einzelnen Positionen bezieht sich auf die medizinische Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls. Aufgrund der Einteilung der Patienten bis zum 20. Lebensjahr nach GMFCS müssen die restlichen Kriterien des Formulars für die Versorgung von Patienten über 20 Jahren nicht ausgefüllt werden.</li> <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. Einteilung nach GMFCS-Level



Level II  
(BG I)



Level III  
(BG II)



Level IV  
(BG III)



Level V  
(BG IV)

2. Sitzposition					
Kapitel		b		c	
2.1	<b>Rumpf-/Beckenmobilität</b>	gering eingeschränkt kleine Positionswechsel	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt oder immobil kann Position geringfügig oder nicht verändern	<input type="checkbox"/>
2.3	<b>Rumpf-/Beckenkoordination</b>	leichte Rumpfataxie kann mindestens 3 Min. selbständig sitzen	<input type="checkbox"/>	schwere Rumpfataxie kann nur mit Hilfe oder Abstützung sitzen	<input type="checkbox"/>
2.4	<b>Skoliose</b>	leichte Skoliose	<input type="checkbox"/>	mittlere/schwere Skoliose	<input type="checkbox"/>
2.5	<b>Rumpftonus</b>	leicht verändert leicht hypoton oder erhöht (spastisch/rigid)	<input type="checkbox"/>	stark verändert stark hypoton oder erhöht (spastisch/rigid)	<input type="checkbox"/>
2.6	<b>Rumpfstabilität</b>	verminderte Stabilität muss geführt/gestützt werden	<input type="checkbox"/>	Instabil muss gehalten/fixiert werden	<input type="checkbox"/>
2.7	<b>Kopf- / Hals- -kontrolle /-mobilität</b>	leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/>

3. Obere Extremität: Fortbewegung und Positionierung					
Kapitel		b		c	
3.1	<b>Kraft</b>	Vermindert	<input type="checkbox"/>	aufgehoben , Plegie	<input type="checkbox"/>
3.2	<b>Tonus</b>	leicht vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch / rigid	<input type="checkbox"/>	stark vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch / rigid	<input type="checkbox"/>
3.3	<b>Gelenkmobilität</b>	leicht eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil)	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil)	<input type="checkbox"/>
3.5	<b>Koordination</b>	leichte Ataxie kann einfache Bewegungen gezielt ausführen	<input type="checkbox"/>	schwere Ataxie keine gezielten Bewegungen möglich	<input type="checkbox"/>
3.6	<b>Kontrakturen</b>	Kontrakturen in 1 Muskelgruppe	<input type="checkbox"/>	Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe	<input type="checkbox"/>

4. Untere Extremität: Fortbewegung und Positionierung			
Kapitel		b	c
4.1	Kraft	vermindert <input type="checkbox"/>	aufgehoben , Plegie <input type="checkbox"/>
4.2	Tonus	leicht vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch / rigid <input type="checkbox"/>	stark vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch / rigid <input type="checkbox"/>
4.3	Gelenkmobilität	leicht eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>
4.5	Koordination	leichte Ataxie kann einfache Bewegungen gezielt ausführen <input type="checkbox"/>	schwere Ataxie keine gezielten Bewegungen möglich <input type="checkbox"/>
4.6	Kontrakturen	Kontrakturen in 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>	Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>

6. Transfer/Transport			
		b	c
6.1	Transfer	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	< 150cm <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"/>

8.4	Verminderung der Progredienz der Haltungsinsuffizienz	<input type="checkbox"/>
8.7	Aussenbereich	<input type="checkbox"/>
8.8	Schule/Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>

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

Bemerkungen:

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

Institution / Therapeut: