

**A. Rollstuhl-Erhebungsbogen/Erprobungsbericht zur Lageranfrage**

(Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben der Lageranfrage beilegen; nur erforderlich bei Erstversorgung, Wechsel der Produktart, Folgeversorgung nach Wohnortwechsel und/oder wenn zusätzliches Zubehör beantragt wird.)

Versicherter: Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. oder Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Vorgesehener Einsatzbereich (Mehrfachnennung möglich):**

Wohnung  Straße  Wohn-/Pflegeheim  Beruf  Sport  Pflege

**Bei Nutzung im Innenbereich:**

Die Wohnung befindet sich im  Erdgeschoss  \_\_\_\_, Obergeschoss  
 Der Zugang ist barrierefrei?  ja  nein, es müssen \_\_\_\_ Stufen überwunden werden  
 Ein Aufzug ist vorhanden?  ja  nein

Die kleinste Türbreite der Wohnung, welche durchfahren werden muss: \_\_\_\_\_ cm

**Sicherung/Unterstellung des Rollstuhles:**

Eine wetterfeste und diebstahlsichere, verschließbare Unterstellmöglichkeit ist vorhanden?

nein /  ja, in eigener Wohnung  ja, genaue Ortsbeschreibung: \_\_\_\_\_  
 noch nicht, ist aber bereits in Umsetzung

Diese Unterstellmöglichkeit kann vom Versicherten selbstständig erreicht werden:  Ja  Nein

**Versichertenbezogene Angaben:**

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

**Körpermaße im Sitzen:**

Gesäßbreite: _____ cm	Rollstuhlmaße:	Sitzbreite: _____ cm
Oberschenkellänge: _____ cm	Sitztiefe: _____ cm	
Unterschenkellänge: _____ cm	Sitzhöhe: _____ cm	
Rückenhöhe (bis Scapula): _____ cm	Rückenhöhe: _____ cm	

Der/die Versicherte ist ohne Gehhilfe gehfähig?  ja, Entfernung ca.: \_\_\_\_\_ m  nein  
 Der/die Versicherte ist mit einer Gehhilfe gehfähig?  ja, Entfernung ca.: \_\_\_\_\_ m  nein  
 Der/die Versicherte ist selbstständig in der Lage, einen manuellen Rollstuhl in ebenem Gelände mittels  
 Handantrieb (und/oder)  Fußantrieb anzutreiben Entfernung ca.: \_\_\_\_\_ m

Der/die Versicherte ist nur auf längeren Strecken auf einen Rollstuhl angewiesen

Der/die Versicherte wird  nur  auf längeren Strecken durch eine Begleitperson geschoben.

Der Rollstuhl wird \_\_\_\_\_ Stunden  am Tag  in der Woche  im Monat benutzt.

Folgende krankheits-, bzw. behinderungsbedingten Fehthaltung und/oder Bewegungseinschränkungen liegen vor, die aus Ihrer Sicht in die Auswahl der Versorgung mit eingeflossen sind? \_\_\_\_\_

**Funktionseinschränkung:**

der Arme/Hände: Rechts:  ja  nein Links:  ja  nein  
 der Beine: Rechts:  ja  nein Links:  ja  nein

andere Funktionseinschränkungen, bzw. Erläuterung: \_\_\_\_\_

- keine oder ungenügende Rumpfstabilität       keine oder ungenügende Kopfkontrolle  
 Spasmen       Hemiplegie       Tetraplegie  
 Skoliose       Kyphose       Amputationen: \_\_\_\_\_  
 Kontrakturen (Gelenke und Grad der Einschränkung bitte nennen): \_\_\_\_\_

Leistungserbringer/Stempel

Ort/Datum

Name des Reha-Fachberaters in Druckbuchstaben, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich der Leistungserbringer umfassend bezüglich der Datenerhebung und Datenweiterleitung aufgeklärt hat. Ich willige somit ein, dass der Erhebungsbogen durch den Leistungserbringer an die AOK Baden-Württemberg zur Überprüfung der Leistungspflicht weitergeleitet wird.

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Zu Ihrer Sicherheit (Datenschutzhinweis nach dem V. und X. Sozialgesetzbuch):**

Die Erhebung der Daten erfolgt zur Beurteilung, ob wir die Kosten für den Rollstuhl übernehmen können und ob ggf. der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu beteiligen ist – selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich. Die Angabe Ihrer Daten erfolgt freiwillig. Bitte beachten Sie jedoch, dass fehlende Angaben Ihren Leistungsanspruch gefährden können.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage von § 67a SGB X, § 60 SGB I, § 33 SGB V in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 4 und 7 SGB V.

**B. Erprobungsbericht**

(erforderlich bei Rollstühlen mit Stehvorrichtung, Doppelgreifreifen-, Einarmhebelantrieb, Für manuelle Rollstühle mit elektrischen Zusatzantrieben verwenden Sie Anlage 4b)

Die Erprobung beinhaltet mindestens die Probefahrt mit Zielsetzung der selbstständigen Nutzung des Hilfsmittels im vorgesehenen Anwendungsbereich des häuslichen Umfelds (Innen-/Außenbereich), inklusive der Erprobung ggf. weiterer behinderungsbedingt erforderlicher Funktionen.

Bei der Erprobung verwendetes Hilfsmittel:

HMV.Nr.: \_\_\_\_\_ Modell: \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_

Die Erprobung fand im häuslichen Umfeld statt:  ja  nein, weil: \_\_\_\_\_Erprobungszeitraum:  <1 Std.  >1 Std.  : \_\_\_\_\_Die Nutzung ist  uneingeschränkt möglich. /  eingeschränkt möglich,  nicht möglich, weil: \_\_\_\_\_

Die Nutzung ist  uneingeschränkt möglich. /  eingeschränkt möglich,  nicht möglich, weil:

Bemerkungen:

Leistungserbringer/Stempel

Ort/Datum

Name des Reha-Fachberaters in Druckbuchstaben, Unterschrift

### Erprobungsbestätigung des Versicherten

Hiermit bestätige ich die erfolgreiche Erprobung mit einem elektrisch betriebenen Krankenfahrzeug  in meinem häuslichen Umfeld. Dabei konnte ich den das elektrisch betriebene Krankenfahrzeug ohne fremde Hilfe im Bereich:

Wohnung/Heim     Außenbereich/Straße     bergiges Gelände  
bedienen und sicher steuern.

Die Erprobung fand nicht im häuslichen Umfeld statt, weil: \_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherten

Standard  
 Pflege

Leichtgewicht  
 E-Antrieb

Multifunktion  
 E-RS

**Zurüstungen (Begründung erforderlich):**

- Trommelbremse \_\_\_\_\_
- höhenverstellbare Armiehnen \_\_\_\_\_
- hochschwenkbare Beinstützen \_\_\_\_\_
- Radstandsverlängerung \_\_\_\_\_
- verstärkter Rollstuhl \_\_\_\_\_
- leichtes Gewicht \_\_\_\_\_
- besonderer Sitz \_\_\_\_\_
- besonderer Rücken \_\_\_\_\_
- Therapeutisch \_\_\_\_\_
- verstellbare Rückenlehne \_\_\_\_\_
- Spreizkeil \_\_\_\_\_
- Seitenteil als Kleiderschutz \_\_\_\_\_
- Speichenschutz \_\_\_\_\_
- Steckachsen \_\_\_\_\_
- Greifreifenüberzug \_\_\_\_\_
- Kippschutz \_\_\_\_\_
- Fußbrett winkelverstellbar \_\_\_\_\_
- Fußriemen \_\_\_\_\_
- besondere Sitzhöhe \_\_\_\_\_
- höhenverstellbare Schiebegriffe \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Medizinprodukteberaters