

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Begutachtungs- und Beratungsstelle

81658 München

B. [REDACTED]

Tel. 089 [REDACTED] 8
Fax 089 [REDACTED]
b. [REDACTED] @ikk-classic.de

[REDACTED] z 2019

Unser Zeichen
Vorgangsnummer
Aktenzeichen

AZ [REDACTED]

[REDACTED] ot, geb.: [REDACTED]
Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für Aktivrollstuhl- Etac Cross 5, im Austausch mit vorhandenem Leichtgewichtsrollstuhl

1. Hauptdiagnose :

2. a) Funktionsdefizite untere Extremitäten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Nicht gehfähig ☐
- Wenige Schritte mit personeller Unterstützung ☒
- Kurze Strecken selbständig mit Hilfsmittel ☐

b) Funktionsdefizite obere Extremitäten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Funktionslos ☐
- Stark eingeschränkt ☒
- Mäßig eingeschränkt ☐
- Keine Einschränkung ☐

c) Rumpfstabilität, Sitzfähigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Völlig instabil, nur halb liegend ☐
- Nur kurze Zeit frei sitzfähig ☒
- Mindestens eine Stunde sitzfähig ☐

d) Kontrakturen (Gelenk, Ausprägung)? Ø

e) Geistige Leistungsfähigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Sinnvolle Unterhaltung möglich ☒
- Kann Wünsche äußern ☒
- Ist in seiner Umgebung orientiert ☒

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

f) Funktionsdefizite cardiopulmonales System: _____

_____, geb.: _____

Hier: Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für Aktivrollstuhl- Etac Cross 5, im Austausch mit vorhandenem Leichtgewichtsrollstuhl

3. Nutzung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

a) Im häuslichen Bereich

- Aktive Fortbewegung
- Passive Fortbewegung

☒ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

b) Auf der Straße

- Aktive Fortbewegung
- Passive Fortbewegung

☒ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

4. Spezielle Nutzungszwecke:

5. Warum reicht der vorhandene Leichtgewichtsrollstuhl nicht aus?

Bitte fügen Sie vorhandene Befunde bei:

☐ Befundbericht

☒ Krankenhausbericht

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

