

## Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

**Allgemeine Bemerkung:** Die ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls muss nur bei Rollstuhl-Neuvorsorgungen oder einer veränderten gesundheitlichen Ausgangslage (Regression und Progression) ausgefüllt werden. Dieses Formular ist dem mit den Arbeiten betrauten Leistungserbringer zuzustellen.

Patientenangaben:					
Name:		Vorname:		Geb. Datum:	
AHV/Vers.Nr.:					

Einteilung Behinderungsgrad der versicherten Person					
 	(BG I) <input type="checkbox"/>	Person läuft kurze Strecken frei oder mit Gehstock. Lange Strecken nur mit Rollstuhl, evtl. mit Elektroantrieb / Elektromobil/ Elektrorollstuhl.	 	(BG II) <input type="checkbox"/>	Person kann einige Schritte mit Hilfe einer Drittperson oder mit Unterstützung eines Hilfsmittels* gehen. Im Innen- und Außenbereich auf den Rollstuhl angewiesen. Im Außenbereich evtl. mit Elektroantrieb/ Elektromobil/Elektrorollstuhl.
 	(BG III) <input type="checkbox"/>	Keine Gehfähigkeit. Person ist zur selbständigen Fortbewegung vollständig auf den Rollstuhl angewiesen. Handrollstuhl, evtl. mit Elektroantrieb/Elektrorollstuhl mit Standard-Steuerung.	 	(BG IV) <input type="checkbox"/>	Keine selbständige Fortbewegung mit einem Handrollstuhl, möglich. Person kann nur mit Rumpfstabilisierung/-führung im Rollstuhl sitzen. Sämtliche Alltagstätigkeiten können nur mit Hilfe bewältigt werden. Selbständige Bedienung eines Elektrorollstuhls ist je nach Krankheitsbild möglich.  <b>ALS-Betroffene sind immer nach BG IV zu versorgen.</b>

\* Krückstöcke, Rollatoren, Prothesen, Orthesen etc.

Zeitraum der Versorgung	Dauer	Ja	Nein
Langzeitversorgung	> 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.	Beckenposition	Ja	Nein	Versorgungsoption
1.1	Kann die versicherte Person die Beckenposition selbständig kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf einfaches Sitzkissen
1.2	Bewegt die versicherte Person das Becken unkontrolliert im Stuhl oder benötigt guten Halt für die Ausführung der Bewegungen der oberen Extremitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Positionierungskissen/ Stabilisierung/Fixierung des Beckens
1.2.1	Benötigt die versicherte Person aus Sicherheitsgründen eine Fixierung des Beckens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Fixierung des Beckens
1.3	Besteht die Gefahr eines Dekubitus im Beckenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Antidekubituskissen/ Stabilisierung/Fixierung des Beckens
<b>Bei «Ja» unter 1.1 oder 1.2 plus eine der folgenden Voraussetzungen:</b>				
1.3.1	verminderte Sensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Antidekubituskissen
1.3.2	anatomische Anomalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Antidekubituskissen
1.3.3	schlechter Allgemeinzustand (z.B. Kachexie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Antidekubituskissen

2.	Rumpfstabilität	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
2.1	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung des Rumpfes <b>einfache</b> Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Rumpfstabilisierung
2.2	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung/Entlastung/ Führung des Rumpfes <b>mehr als eine einfache</b> Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Spezialrücken

<b>3.</b>	<b>Kopf</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versorgungsrelevanz</b>
<b>3.1</b>	Benötigt die versicherte Person zur Stabilisierung des Kopfes Unterstützung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf individuelle Versorgung
	<b>3.1.1</b>	Einfache Unterstützung notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Kopfstütze standard
	<b>3.1.2</b>	Braucht die versicherte Person eine Stabilisierung/ Entlastung/Führung zur Kontrolle des Kopfes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Kopfstütze spezial
	<b>3.1.3</b>	Transport mit Rollstuhl in Fahrzeug (eigenes Auto, Behindertentransport)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfstütze wird von IV nicht übernommen.

<b>4.</b>	<b>Untere Extremitäten</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versorgungsrelevanz</b>
<b>4.1</b>	Leidet die versicherte Person unter einer eingeschränkten Abduktion im Hüftbereich?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Abduktionskeil
<b>4.2</b>	Leidet die versicherte Person unter einer eingeschränkten Adduktion im Hüftbereich?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Beinführung/-stabilisierung
<b>4.3</b>	Leidet die versicherte Person unter einer ungenügenden Kniebeugung (< 60 Grad)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Beinstützen Kniewinkel einstellbar
	<b>4.3.1</b>	<b>Elektrorollstuhl:</b> Sitzt die versicherte Person im Elektrorollstuhl und kann die Beinposition ohne elektrische Beinverstellung nicht ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Beinstützen Kniewinkel elektrisch einstellbar
<b>4.4</b>	Benötigt die versicherte Person zur Beinkontrolle Unterstützung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Beinführung/-stabilisierung/-fixierung
<b>4.5</b>	Bestehen versorgungsrelevante Missbildungen, Kontrakturen oder Amputationen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Beinführung/Beinstabilisierung/ Beinpolsterung/Fusspolsterung/ Amputationsbeinstütze oder Stumpfauflage

<b>5.</b>	<b>Obere Extremitäten</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versorgungsrelevanz</b>
<b>5.1</b>	Kann die versicherte Person den Handrollstuhl nur mit Hilfe von Spezialgreifreifen aufgrund von motorischen und/oder sensorischen Einschränkungen selbständig antreiben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Spezialgreifreifen
<b>5.2</b>	Braucht die versicherte Person anstelle einer Standard-Armauflage eine anatomische Arm- und/oder Handauflage?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf anatomische Arm- und/oder Handauflage
<b>5.3</b>	Benötigt die versicherte Person zur Armkontrolle Unterstützung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Armführung/-stabilisierung/-fixierung
<b>5.4</b>	Braucht die versicherte Person, welche keine genügende Rumpfstabilität hat, für ihre Alltagsbedürfnisse (z.B. Essen, Kommunikation usw.) einen Rollstuhltisch?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Rollstuhltisch

<b>6.</b>	<b>Allgemeine Fragen</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Versorgungsrelevanz</b>
<b>6.1</b>	Ist die versicherte Person inkontinent?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Ersatzbezüge
<b>6.2</b>	Sind hygienische Zusatzversorgungen aufgrund von Sonden-Ernährung, Erbrechen, vermehrtem Speichelfluss nötig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Ersatzbezüge
<b>6.3</b>	Ist die versicherte Person kleiner als 150 cm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Kinderrollstuhl
<b>6.4</b>	Ist die versicherte Person schwerer als?				
	<b>6.4.1</b>	<b>140 kg</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf XXL-Versorgung Handrollstuhl
	<b>6.4.2</b>	<b>160 kg</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf XXL-Versorgung Handrollstuhl/ XXXL-Versorgung Elektrorollstuhl
	<b>6.4.3</b>	<b>180 kg</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf XXXL Hand- und/oder Elektrorollstuhl
<b>6.5</b>	Benötigt die versicherte Person speziellen Witterungsschutz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Regencape, Regendach, Wärmesack
<b>6.6</b>	Benötigt die versicherte Person eine Transferhilfe (z.B. Rutschbrett, Drehscheibe)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Transferhilfe
<b>6.7</b>	Besteht ein pathologisches Bewegungsmuster (Hyper- oder Hypotonie)? <b>Nur für Kinderversorgungen relevant und anzugeben</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Kippsitz verstellbar (nur für Kinderrollstuhl)
<b>6.8</b>	Benötigt die versicherte Person medizinische Zusatzgeräte? Wenn ja, welche? <b>Zusatzgerät bitte hier eintragen:</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Halterungen/Taschen für Beatmungsgeräte und Hygieneartikel

**Diagnose sowie allfällige Bemerkungen und Begründung des Arztes für besondere Anforderungen in Bezug auf die Rollstuhlversorgung:**

**Ausgefüllt durch Arzt  Physiotherapeut  Ergotherapeut**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_ **Institution:** \_\_\_\_\_

**Tel. Institution:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Arztes**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_