









Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

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

Patientenangaben:			
Name:		Vorname:	
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/Elektrollstuhl.
					
	(BG III) <input type="checkbox"/>	Keine Gehfähigkeit. Person ist zur selbständigen Fortbewegung vollständig auf den Rollstuhl angewiesen. Handrollstuhl, evtl. mit Elektroantrieb/Elektrollstuhl 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 Alltagsaktivitäten können nur mit Hilfe bewältigt werden. Selbständige Bedienung eines Elektrorollstuhls ist je nach Krankheitsbild möglich. ALS-Betroffene sind immer nach BG IV zu versorgen.
					

* 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
	Bei «Ja» unter 1.1 oder 1.2 plus eine der folgenden Voraussetzungen:			
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 einfache Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Rumpfstabilisierung
2.2	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung/Entlastung/ Führung des Rumpfes mehr als eine einfache Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Spezialrücken

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

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

5.	Obere Extremitäten		Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
5.1	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
5.2	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
5.3	Benötigt die versicherte Person zur Armkontrolle Unterstützung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Option auf Armführung/-stabilisierung/ -fixierung
5.4	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

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