

## EXPERTISEBERICHT ZUM ERHALT EINER MOBILITÄTSHILFE UND/ODER -ANPASSUNG

**!! Bitte alle Felder ausfüllen !!**

Dem Leistungserbringer seiner Wahl auszuhändigen

### ANGABEN ZUR PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

*Vignette der Krankenkasse anbringen oder ausfüllen.*

|                                                                                 |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Name und Vorname der Person mit Unterstützungsbedarf                            |                                                                           |
| Geburtsdatum                                                                    |                                                                           |
| Adresse (Wohnsitz oder Wohn- und Pflegezentrum)                                 |                                                                           |
| Kontaktperson der Person mit Unterstützungsbedarf: Name / Telefon / Mailadresse |                                                                           |
| Nationalregisternummer                                                          |                                                                           |
| Krankenkasse                                                                    |                                                                           |
| Revalidationsteam                                                               | <input type="checkbox"/> Ja    Name:<br><br><input type="checkbox"/> Nein |

### **Angaben zum Leistungserbringer :**

Während der Expertise auszufüllen, wenn bereits ein Kontakt besteht, sonst später vom Leistungserbringer selbst

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Name des Leistungserbringers                                       |  |
| Zulassungsnummer (LIKIV/INAMI) des anerkannten Leistungserbringers |  |
| Name des Unternehmens                                              |  |
| Adresse des Unternehmens                                           |  |
| Telefon/Mailadresse der Kontaktperson                              |  |

### **Grund der Zuweisung an das EXPERTISETEAM**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Anfrage für:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> manueller Modularrollstuhl</li><li><input type="checkbox"/> manueller Aktivrollstuhl</li><li><input type="checkbox"/> manueller Multipositionsrollstuhl</li><li><input type="checkbox"/> elektronischer Rollstuhl</li><li><input type="checkbox"/> Skooter</li><li><input type="checkbox"/> Reha Buggy für Kinder</li><br/><li><input type="checkbox"/> Untergestell für Sitzschale</li><li><input type="checkbox"/> Sitzschale</li><br/><li><input type="checkbox"/> Antidekubituskissen</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> orthopädisches Dreirad</li><br/><li><input type="checkbox"/> anpassbares modulares System zur Sitzunterstützung</li><br/><li><input type="checkbox"/> Stehtrainer</li><li><input type="checkbox"/> Lauftrainer</li><br/><li><input type="checkbox"/> vorzeitige Erneuerung eines Rollstuhls</li><li><input type="checkbox"/> vorzeitige Anpassung eines bereits gelieferten Rollstuhls</li><br/><li><input type="checkbox"/> Anderes (Bsp. Maßanfertigungen):</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **DIAGNOSE UND AKTUELLE MEDIZINISCHE SITUATION**

**Beginn** der Erkrankung oder des Ereignisses, welche(s) die Beeinträchtigung ausgelöst hat: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Kurze Beschreibung der Erkrankung oder des Ereignisses:

Die Beeinträchtigung ist die Folge eines Unfalls ☐ JA ☐ NEIN

Falls JA: handelt es sich um einen "Arbeitsunfall oder Unfall mit Drittverschulden"

**Diagnose** und Beschreibung der **aktuellen medizinischen Situation**

☐ medizinische Info liegt bei

**Prognose (die Mobilität betreffend)**

*Kurzfristig:*

☐ *Stabil*

☐ *Degenerativ*

☐ *Progressiv*

*Innerhalb der nächsten 5 Jahre durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen:*

☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA: ☐ positiv – ☐ stabil

## **Globale Beschreibung der Funktionen der Person mit Unterstützungsbedarf**

### **Qualifikationskode (bez. des Ausmaßes der funktionellen Einschränkungen) (\*)**

- 0 = NICHT VORHANDENE Einschränkung oder Problem der Teilhabe  
(ohne, kein, unerheblich 0-4%)
  - 1 = LEICHTE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (schwach, gering  
5-24%)
  - 2 = MÄSSIGE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (mittel, ziemlich  
25-49%)
  - 3 = ERHEBLICHE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (hoch, äußerst  
50-95%)
  - 4 = VOLLE Einschränkung oder Problem der Teilhabe (komplett, total  
96-100%)
  - 8 = Einschränkung oder Problem der Teilhabe NICHT SPEZIFIZIERT
  - 9 = NICHT ANWENDBAR
- (\*) Zusatzinformationen einsehbar unter [www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm](http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm)

| FUNKTION                                                                                                                | QUALIFIKATIONS<br>KODE ICF | BESCHREIBUNG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Sich drinnen fortbewegen<br/>(kurze Distanzen bewältigen &lt;1 Km)</b><br>ICF/d4500 / d4600                       | 0                          | Kann sich drinnen funktionell fortbewegen –<br>freihändig für die Aktivitäten<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Kann sicher und eigenständig aufrecht arbeiten<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Kann Dinge sicher und eigenständig während<br>des Gehens manipulieren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><br><u>Bemerkungen</u>                |
| <b>2. Sich draußen fortbewegen<br/>(längere Distanzen bewältigen, &gt;1Km)</b><br>ICF/d4501 / d4602                     | 0                          | Kann sich draußen funktionell fortbewegen:<br>kann<br>sicher und eigenständig gehen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Kann sich auf unebenem Boden funktionell<br>fortbewegen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Kann Dinge sicher und eigenständig während<br>des Gehens manipulieren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><br><u>Bemerkungen</u> |
| <b>3. Obere Gliedmaßen</b>                                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>3.1. Funktion der<br/>oberen Gliedmaßen<br/>und verbleibende<br/>Funktionen in Bezug zum Fahren eines Rollstuhls</b> | 0                          | Kann einen manuellen Rollstuhl drinnen und<br>draußen bedienen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant<br>Kann einen manuellen Rollstuhl nur auf ebenem<br>Boden und drinnen bedienen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Irrelevant                                                                                          |

|                                                                                                                                    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ICF/d440 / d445 / d465                                                                                                             |   | <p>Kann einen elektronischen Rollstuhl mit Hilfe eines Joysticks bedienen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Kann einen elektronischen Rollstuhl nur mittels einer angepassten Steuerung (Fuß, Kinn, Kopf...) bedienen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, welche                                              <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Kann alle benötigten Apparate (Telefon, Radio, TV, Türen...) autonom vom Rollstuhl aus bedienen, d.h. kann das direkte Umfeld ohne Hilfsmittel kontrollieren</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p><i>Wenn <u>NEIN</u>, genauer beschreiben</i></p> <p>(Anpassung-Umfeldsteuerung)</p> <p>Wurde das angepasste Material bereits getestet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p>Sind spätere Anpassungen möglich?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p><u>Bemerkungen</u></p> |
| <b>3.2.Funktion der oberen Gliedmaßen und verbleibende Funktionen in Bezug zum Fahren eines Skooters</b><br>ICF/d440 / d445 / d465 | 0 | <p>Kann einen Skooter bedienen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4. Aufrechterhaltung der stehenden Position</b><br/>ICF/d4154</p>                                                 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 30px; text-align: center;">0</div> | <p>Kann alleine und über längere Zeit aufrecht stehen<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann mittels einer Hilfe alleine und über längere Zeit aufrecht stehen.<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kann mit Hilfe einer oder mehrerer Personen aufrecht stehen.<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, wie lange?</p> <p>Kann nicht aufrecht stehen.<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Bemerkungen</u></p>                                                                                                                                  |
| <p><b>5. Aufrechterhaltung der sitzenden Position – inklusive Stabilität des Rumpfes + des Kopfes</b><br/>ICF/d4153</p> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 30px; text-align: center;">0</div> | <p>Kann alleine und über längere Zeit in einer korrekten Position sitzen<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein    <u>Wenn Nein, genauer beschreiben</u></p> <p>Kann den Rumpf alleine und über längere Zeit während des Sitzens stabilisieren<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein    <u>Wenn Nein, genauer beschreiben</u></p> <p>Kann den Kopf alleine und über längere Zeit während des Sitzens stabilisieren<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein    <u>Wenn Nein, genauer beschreiben</u></p> <p>Kann seine Position selbstständig verändern<br/> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> |

|                                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                |                                                                                                                     | <u>Bemerkungen</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>6. Ausführung von Transfers</b><br><br><b>Transfer in/aus einem Rollstuhl</b><br>ICF/d420/d4200/d410        | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 30px; text-align: center;">0</div> | Kann alleine transferieren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Kann mittels Aufstützen alleine transferieren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Kann nur mit Hilfe einer anderen Person transferieren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Die Ausführung eines Transfers ist sehr schwierig und ohne Hilfe oder Hebesystem unmöglich<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><br><u>Bemerkungen</u> |
| <b>7. Neuropsychologische Funktion :</b>                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>7.1.Störungen: kognitive Funktionen</b><br>ICF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 30px; text-align: center;">0</div> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><u>Wenn JA, genauer beschreiben</u><br><input type="checkbox"/> Orientierung in der Zeit<br><input type="checkbox"/> Orientierung im Raum<br><input type="checkbox"/> Personenbezogene Orientierung<br><input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit / Konzentration<br><input type="checkbox"/> Gedächtnis<br><input type="checkbox"/> Psychomotorische Funktionen<br><input type="checkbox"/> Andere<br><br><u>Bemerkungen</u>                          |

|                                                              |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7.2. Störungen:<br/>Verhalten</b><br>ICF/d720 / b126      | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0</div> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><u>Bitte genauer beschreiben</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>8. Weitere wichtige Punkte in Bezug auf den Rollstuhl</b> |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>8.1. Dekubitusrisiko</b>                                  | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                       | <input type="checkbox"/> Störungen der Sensibilität:<br>trophische Störungen, anatomische<br>Anomalien, funktionelle Anomalien<br><input type="checkbox"/> Inkontinenz, Allergien, Schwitzen<br><input type="checkbox"/> Kann sich nicht lange genug anheben,<br>um das Gesäß zu entlasten wegen physi-<br>scher oder mentaler Einschränkungen<br>oder Unfähigkeit, Wahrnehmungsstörun-<br>gen, Müdigkeit<br><u>Bemerkungen</u> |
| <b>Vorhandensein von<br/>Dekubitus</b>                       | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                       | <input type="checkbox"/> Neu? <input type="checkbox"/> Wiederkehrend?<br>Lokalisierung: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>8.2. Anatomische<br/>Verformungen</b><br>ICF/s700         | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja                       | <u>Falls Ja, bitte genauer beschreiben</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8.3.Störungen:<br/>Muskeltonus<br/>(Spastik/Dystonie)</b><br>ICF/b735 / b7356                                                            | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken<br><br>Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links<br><input type="checkbox"/> Tragen einer Schiene<br><input type="checkbox"/> Orthese<br><br><u>Bemerkungen</u> |
| <b>8.4. Störungen:<br/>Kontraktur,<br/>Gelenkversteifung<br/>und Subluxation</b><br>ICF/b710 / b715                                         | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken<br><br>Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links<br><br><u>Bemerkungen</u>                                                                                                               |
| <b>8.5. Störungen:<br/>Kontrolle der<br/>gewollten<br/>Bewegungen /<br/>Kontrolle der<br/>ungewollten<br/>Bewegungen</b><br>ICF/b760 / b765 | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken<br><br>Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links<br><br><u>Bemerkungen</u>                                                                                                               |

|                                                                                               |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8.6. Störungen:<br/>Muskelkraft</b><br>ICF/b730                                            | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> obere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> untere Gliedmaßen<br><input type="checkbox"/> Rumpf <input type="checkbox"/> Kopf / Nacken<br><br>Angeben ob <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links<br><br><u>Bemerkungen</u> |
| <b>8.7. Störungen:<br/>Ausdauer und<br/>Belastbarkeit</b><br>ICF/b410 / b440 / b455<br>/ b740 | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> kardiopulmonal<br><input type="checkbox"/> O2 Abhängigkeit / Atemgerät<br><input type="checkbox"/> neuromuskulär<br><input type="checkbox"/> Andere:<br><br><u>Bemerkungen</u>                                                                          |
| <b>8.8. Größe und Ge-<br/>wicht</b><br>(wenn relevant)                                        |                                                              | <input type="checkbox"/> Größe : <input type="checkbox"/> Gewicht :...<br><u>Bemerkungen</u>                                                                                                                                                                                     |
| <b>8.9. Störungen: Sin-<br/>nesfunktionen</b><br>ICF/b260 / b265 / b270<br>/ b210 / b230      | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Sensibilität <input type="checkbox"/> Sicht <input type="checkbox"/> Gehör<br><br><u>Bemerkungen</u>                                                                                                                                                    |

| <b>9. Aktivität und Teilhabe</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>9.1. Aktivitäten, für die die angefragte Mobilitätshilfe gebraucht wird:</b>                                         | Zu Hause <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Schule <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Arbeit <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Besorgungen <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Soziales <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Kulturelles <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Freizeit <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Sport <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie<br>Anderes .....<br><br><u>Bemerkungen</u> |
| <b>9.2. Mobilität auf "kurzen" Strecken:<br/>In der Wohnung oder dem direkten Umfeld kann folgendes benutzt werden:</b> | <input type="checkbox"/> Gehhilfe<br><input type="checkbox"/> manueller Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> elektronischer Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> Skooter<br><br><u>Bemerkungen</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>9.3. Mobilität auf "mittellangen" Strecken</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>9.3.1. Kann eine mechanische Mobilitätshilfe benutzen wie:</b>                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> Gehhilfe</span> <span><input type="checkbox"/> Handbike</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> angepasstes Fahrrad</span> <span><input type="checkbox"/> Dreirad</span> </div> <input type="checkbox"/> manueller Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> Dreirad mit Sitz- oder Liegeposition<br><input type="checkbox"/> Anderes:<br><u>Bemerkungen</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>9.3.2. Kann nur eine motorisierte oder elektronische Mobilitätshilfe benutzen, wie:</b></p> | <p> <input type="checkbox"/> elektronischer Rollstuhl<br/> <input type="checkbox"/> Antriebshilfe für Rollstuhl<br/> <input type="checkbox"/> Skooter<br/> <input type="checkbox"/> Fahrrad mit elektrischem Motor<br/> <input type="checkbox"/> Dreirad mit Hilfsmotor<br/> <input type="checkbox"/> Handbike mit Hilfsmotor<br/> <input type="checkbox"/> Anderes:<br/> <u>Bemerkungen</u> </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>9.4. Transport über längere Distanzen</b></p>                                               | <p> <input type="checkbox"/> benutzt die öffentlichen Verkehrsmittel:<br/>             <input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe<br/> <input type="checkbox"/> fährt alleine ein:<br/>             <input type="checkbox"/> normales Auto      <input type="checkbox"/> angepasstes Auto<br/>         Transferiert in/aus ein(em) Auto:<br/>             <input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe<br/>         Mitnahme, Einladen und Ausladen des Rollstuhls:<br/>             <input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe<br/> <input type="checkbox"/> wird gefahren mit einem:<br/>             <input type="checkbox"/> normalen Auto<br/>             <input type="checkbox"/> angepassten Auto<br/> <input type="checkbox"/> wird mit einem für Personen mit Behinderung angepasstem Auto gefahren<br/> <input type="checkbox"/> bleibt im Auto mit dem Rollstuhl sitzen<br/> <input type="checkbox"/> Anderes:<br/> <u>Bemerkungen</u> </p> |

| 9.5. Umfeldbedingte Faktoren                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.5.1.Wohnung und direktes Umfeld (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)                                | <div> <input type="checkbox"/> zugänglich <input type="checkbox"/> nicht zugänglich </div> <div> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Drittperson </div> <div> <input type="checkbox"/> Es besteht die Möglichkeit die angefragte Mobilitätshilfe unterzustellen. </div> <div> <u>Bemerkungen</u> </div> |
| 9.5.2.Andere häufig besuchte Orte z.B. Schule, Arbeit... (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe)         | <div> <input type="checkbox"/> zugänglich <input type="checkbox"/> nicht zugänglich </div> <div> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Drittperson </div> <div> <u>Bemerkungen</u> </div>                                                                                                                 |
| 9.5.3.Spezifische Elemente des Umfeldes (flach, uneben, hügelig) (in Bezug auf die angefragte Mobilitätshilfe) | <div> <input type="checkbox"/> zugänglich <input type="checkbox"/> nicht zugänglich </div> <div> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe einer Drittperson </div> <div> <u>Bemerkungen</u> </div>                                                                                                                 |
| 9.5.4.Hausbesuch                                                                                               | <div> <input type="checkbox"/> Nein </div> <div> <input type="checkbox"/> Ja, von .....<br/> (Name)<br/> .....<br/> (Funktion) </div>                                                                                                                                                                                                                   |

## SCHLUSSFOLGERUNG UND VORSCHLAG VOM EXPERTISETEAM

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

|                                        |                          |              |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------|
| Arzt<br>(Rehabilitationsarzt)          | Name<br>Zulassungsnummer | Unterschrift |
| Ergotherapeut oder<br>Kinesitherapeut  | Name<br>Zulassungsnummer | Unterschrift |
| Anderer<br>(Beschreibung der Funktion) | Name<br>Zulassungsnummer | Unterschrift |

## VON DER PERSON MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF AUSZUFÜLLEN

*(Darf auch von anderen Personen ausgefüllt werden, die die Person mit Unterstützungsbedarf im Alltag begleiten - ABER UNTERSCHRIFT der Person mit Unterstützungsbedarf oder ihres gesetzlichen Vertreters.)*

☐ Ich habe dieses Dokument zur Kenntnis genommen

### **Bemerkungen:**

*Die Person mit Unterstützungsbedarf kann hier ihre Bemerkungen formulieren, wenn sie nicht mit den Vorschlägen des Expertiseteams einverstanden ist oder wenn sie die eine oder andere Anpassung, die nicht vom Team angenommen wurde, erläutern möchte usw.*

Datum:

*Name und Unterschrift der Person mit Unterstützungsbedarf (oder ihres gesetzlichen Vertreters):*