

Anlage 19 (Seite 1 -Vorderseite)

ÄRZTLICHE VERSCHREIBUNG FÜR EIN MOBILITÄTSHILFSMITTEL UND/ODER ANPASSUNGEN (Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen)

IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN

Vom Begünstigten auszufüllen oder Vignette der Krankenkasse aufkleben

Name und Vorname des Begünstigten	
Geburtsdatum	
Nummer des Nationalregisters	
Adresse	
Krankenkasse	
Eintragsnummer	
Aufenthaltsadresse des Begünstigten (nur angeben, wenn verschieden vom Wohnsitz)	

Vom verschreibenden Arzt auszufüllen

1. VERSCHREIBUNG

Der Unterzeichnete, Doktor der Medizin, erklärt hiermit, dass bei (Name und Vorname des Begünstigten) infolge von funktionellen und/oder anatomischen Beeinträchtigungen Einschränkungen in seiner/ihrer Mobilität vorliegen. Das führt beim Begünstigten zu Problemen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Deshalb muss der Begünstigte endgültig ein angepasstes Fortbewegungsmittel bekommen.

Verschreibung für :

Gehilfe
Rollstuhl - Rahmen
Stehgerät
Therapiedreirad
Anpassung eines bereits gelieferten Mobilitätshilfsmittels
Antidekubituskissen
modular anpassbares System zur Unterstützung der Sitzhaltung

Betrifft : **erster Antrag**
Erneuerung

2. DIAGNOSE

Anfangsdatum des Leidens/des Vorfalls, das/der der Behinderung zugrunde liegt :	
Die Behinderung ist Folge eines Unfalls :	JA - NEIN

Anlage 19 (Seite 1 - Rückseite)

<p><u>Diagnose, die dieser Verschreibung zugrunde liegt :</u></p> <p><u>Beschreibung der derzeitigen medizinischen Situation</u> (oder medizinischen Bericht neueren Datums/aktualisierten medizinischen Bericht beifügen) (bei einseitigem Leiden Seite angeben)</p>
<p><u>Prognose</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ kurzfristig : ▪ über 5 Jahre :

3. BEURTEILUNG DER GEBRAUCHSDAUER DES HILFSMITTELS

Der Gebrauch ist :	<input type="checkbox"/> ZEITWEILIG <input type="checkbox"/> ENDGÜLTIG
Der Gebrauch ist notwendig für :	EINEN BEGRENZTEN TEIL DES TAGES EINEN GROßTEIL DES TAGES EINEN STÄNDIGEN GEBRAUCH
Eventuelle Anmerkungen :	

4. GLOBALE BESCHREIBUNG DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT DES BEGÜNSTIGTEN

Für einen Antrag auf Gehhilfe nur Rubrik a, b und c ausfüllen

Für einen Antrag auf Anpassung eines bereits gelieferten Mobilitätshilfsmittels sofort zu Nr. 5 übergehen

In der ärztlichen Verschreibung beschreibt der verschreibende Arzt auf der Grundlage der Diagnose das Ausmaß der funktionellen und/oder anatomischen Einschränkungen des Begünstigten und die Einschränkungen und Schwierigkeiten bei Teilhabe an Aktivitäten, die sich daraus ergeben. Zu diesem Zweck beschreibt er detailliert eine Anzahl Funktionen des Fortbewegungssystems auf der Grundlage des ICF-Kodierungssystems. Auf der Grundlage hiervon bestimmt er für jede Funktion eine Kodierung.

Kodierungen (das heißt Ausmaß der funktionellen Einschränkungen)

- 0 = KEINE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (keine, nicht vorhanden, unbedeutend 0-4 %)
- 1 = LEICHTE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (gering, schwach 5-24 %)
- 2 = MÄSSIGE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (nicht unwesentlich 25-49 %)
- 3 = ERHEBLICHE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (hoch, stark, beträchtlich 50-95 %)
- 4 = VOLLSTÄNDIGE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (vollständig 96-100 %)
- 8 = nicht spezifizierte Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten
- 9 = nicht anwendbar

Anlage 19 (Seite 2 - Vorderseite)

Anhand der globalen Beurteilung der verschiedenen Funktionen wird bestimmt, ob der Begünstigte für das vorgeschlagene Mobilitätshilfsmittel in Frage kommt.

Funktion	Kodierung ⁽¹⁾	Globale Beschreibung und Begründung (Zutreffendes umkreisen oder beschreiben) ⁽²⁾
a Sich in seiner Wohnung fortbewegen d4600 (kurze Distanzen)		keine Schwierigkeit, mit Stütze, mit Gehilfe, mit Hilfe einer Person, Fortbewegungen ohne Hilfe mit großer Mühe oder unmöglich...
b Sich im Außenbereich fortbewegen d4602 (lange Distanzen)		keine Schwierigkeit, mit Stütze, mit Gehilfe, mit Hilfe einer Person, Fortbewegungen ohne Hilfe mit großer Mühe oder unmöglich...
c In stehender Position verbleiben d4154 (eine Zeit lang)		keine Schwierigkeit, mit Stütze, mit Hilfe einer Person, Fortbewegungen ohne Hilfe mit großer Mühe oder unmöglich...
d Hand- und Armgebrauch d445 (sich anheben, Veränderung der Haltung, selbständiger Antrieb eines manuellen Rollstuhls/Elektrollstuhls...)		kann sich/kann sich nicht selbständig anheben kann/kann nicht selbständig Haltung verändern kann/kann nicht selbständig manuellen Rollstuhl/Elektrollstuhl anschieben/steuern
e Sich verlagern d420		Lagewechsel in/aus dem Rollstuhl: selbständig/mit Hilfe/mit großer Mühe/unmöglich ohne Hilfe
f In sitzender Position verbleiben d4153		In sitzender Position verbleiben: selbständig/gestützt/vollständig passiv/...
g Kognitive Funktionen (Wachsamkeit, Aufmerksamkeit, Orientierung in Zeit/Raum...)		

⁽¹⁾ Ergänzen oder Zutreffendes umkreisen.

⁽²⁾ Ergänzen oder Zutreffendes umkreisen.

Anlage 19 (Seite 2 - Rückseite)

Zusätzliche Informationen (wenn nötig)

z. Bsp. Haltungsanomalien, Probleme an Gesäß oder Steißbein, Bildung von Ödemen, Inkontinenz, Essstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Beeinträchtigungen von Herz oder Blutgefäßen, Beeinträchtigungen des respiratorischen Systems, Hautprobleme, Dekubitus...

5. BEGRÜNDUNG BEI ANTRAG AUF EINE ANPASSUNG EINES BEREITS GELIEFERTEN MOBILITÄTSHILFSMITTELS

Welche Einschränkungen erfordern den Zusatz von einer oder mehreren Anpassungen an ein bereits geliefertes Mobilitätshilfsmittel ?

6. EVENTUELLE ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN

--

Datum und Unterschrift	Stempel mit LIKIV-Nummer
	Verschreibender Arzt

Anlage 19 (Seite 3)

FÜR DEN BEGÜNSTIGTEN BESTIMMTE FELDER

Vom Begünstigten auszufüllen

Verwendungszweck des Mobilitätshilfsmittels (³) :	gelegentliche Fortbewegung Sitzgelegenheit - täglicher Gebrauch und während des Tages Teilhabe am Familienleben Teilhabe am gesellschaftlichen Leben Arbeit oder Teilnahme an Ausbildung Sport oder Entspannung andere :
--	--

Faktoren, die den Gebrauch eines Mobilitätshilfsmittels beeinflussen (globale Beschreibung der für die Beurteilung des Antrags relevanten Angaben)	
Wohnumfeld	
Besonderheiten des Wohnumfelds	
Besonderheiten der Ausbildung oder Schulung	
Besonderheiten der Arbeit	
Soziale Aktivitäten	

Datum . . . / . . . / . . .
Unterschrift des Begünstigten

(³) Zutreffendes ankreuzen