interco®
System!

Erhebungsbogen

Individualversorgung

zur Bestimmung geeigneter Sitz- und Lagerungssysteme

Erhebungsbogen Individualversorgung

Patientendaten

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

Anschrift _____

Telefon _____ **Telefax** _____

Versicherungsnr. _____ **Kr.-V.** _____

Pflegestufe ☐ I ☐ II ☐ III

Wohnumfeld ☐ zu Hause ☐ ständig ☐ zeitweise ☐ Heim / Einrichtung ☐ ständig ☐ zeitweise

Besuch von ☐ Kindergarten ☐ Schule ☐ Werkstätten/Einrichtung

Versorgung bisher ☐ E-Rollstuhl ☐ Aktiv-Rollstuhl ☐ Sitzschale m. UG ☐ Buggy ☐ AKTIVLINE ☐ _____

Änderungsgrund ☐ Wachstum / Entwicklung ☐ Verschleiß ☐ Neuversorgung ☐ Erstversorgung

Diagnose _____

_____

Verordnung _____

_____

Patientenprofil

Gewicht (kg) _____ **Größe (cm)** _____

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Gehfähig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ _____

Bewegungsfähig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ _____

Fortbewegung durch ☐ beide Arme ☐ ein Arm ☐ Arm und Beine ☐ elektrische Unterstützung ☐ Begleitperson

Maximale Sitzdauer _____ Stunden

Selbstständige Druckentlastung ☐ Ja ☐ Nein

Beurteilung des Patienten
☐ aktiv (weiter mit Ermittlung der Defizite)
☐ passiv (weiter mit Ermittlung der Restaktivitäten)
☐ spastisch (weiter mit Bestimmung der betroffenen Körperpartien)

© interco Group GmbH 2021

Erhebungsbogen Individualversorgung

Defizite (Kopf bis Fuß)

☐ Fehlerhafte Fuß- und Beinstellung _____

_____

☐ keine Oberschenkelkontrolle

☐ Beckeninstabilität

☐ Wirbelsäulendeformität

☐ Kyphose ☐ Lordose ☐ Skoliose ☐ Rumpforthese

☐ Mangelnde Rumpfkontrolle _____

_____

☐ Mangelnde Hand- und Armkontrolle _____

_____

☐ Mangelnde Kopfkontrolle _____

_____

☐ Dekubitus _____

_____

☐ Inkontinenz

Restaktivitäten (Kopf bis Fuß)

		gut	eingeschränkt	stark eingeschränkt
☐ Fuß- u. Beinkontrolle				
	links	☐	☐	☐
	rechts	☐	☐	☐
☐ Rumpf- und Beckenkontrolle		☐	☐	☐
☐ Armkontrolle				
	links	☐	☐	☐
	rechts	☐	☐	☐
☐ Handkontrolle				
	links	☐	☐	☐
	rechts	☐	☐	☐
☐ Kopfkontrolle		☐	☐	☐
☐ Aktive Wahrnehmung		☐	☐	☐

© interco Group GmbH 2021

Erhebungsbogen Individualversorgung

Spastik

☐ **Beine** _____

_____

☐ **Becken** _____

_____

☐ **Rumpf** _____

_____

☐ **Arme** _____

_____

☐ **Kopf** _____

_____

Versorgungergebnis aus Erhebungsbogen

☐ **Aktive Versorgung individuell angepasst**

☐ Sitzversorgung	☐ einfach	☐ spezial
☐ Rückenversorgung	☐ einfach	☐ spezial
☐ komplette Sitz- und Rückenversorgung	☐ einfach	☐ spezial

☐ **Passive Versorgung individuell angepasst**

☐ Statische Versorgung (ORTHOLIGHT)	☐ einfach	☐ spezial
☐ Statische Versorgung (ERGOLINE)	☐ einfach	☐ spezial
☐ Lagerungssysteme ohne UG mit UG in SA (entsprechend Kundenanforderungen)	☐ einfach	☐ spezial

☐ **Standardisierte Versorgungen**

☐ MAGICLINE ohne UG	Größe (1-3) _____
☐ MAGICLIGHT ohne UG	Größe (0-3) _____
☐ KOMBILINE mit UG	Größe (1-6) _____
☐ AKTIVLINE BASIS mit UG	Größe (1-3) _____

☐ **Dynamische Versorgungen**

☐ AKTIVLINE mit UG	☐ standardisiert	☐ individuell
☐ AKTIVLINE auf Elektro-Rollstuhl	☐ individuell	

© interco Group GmbH 2021

Zusatz-Kits

☐ **Untergestell** ☐ Innenbereich ☐ Außenbereich
☐ Aktiv-Rollstuhl ☐ Elektrorollstuhl

☐ **Trapezadaptereinheit (inkl. Material und Montage)**

☐ **Adaption für Untergestelle** ☐ Fremdhersteller ☐ Elektrorollstuhl

☐ **Fußbank** ☐ einfach ☐ speziell ☐ individuell

☐ **Begurtung** ☐ Arme ☐ Oberkörper ☐ Becken ☐ Füße/Beine

☐ **Therapietisch** ☐ einfach ☐ spezial

☐ **Armauflage** ☐ einfach ☐ spezial

☐ **Kopfstütze** ☐ einfach ☐ spezial ☐ dynamisch

☐ **Körperabdruck** ☐ nur Sitz ☐ nur Rücken
☐ nur Kopfsegment ☐ Körper komplett

Frei wählbare Zusatzleistungen

☐ **Leasing eines Hilfsmittels**

☐ **Miete eines Hilfsmittels (Probephase)**

☐ **Wiedereinsatz eines Hilfsmittels**

☐ **Wartungsvertrag mit Option Garantieverlängerung**

☐ **Wachstumsgarantie für fest definierten Zeitraum**

☐ **Festschreibung von gestaffelten Rückkaufwerten**

☐ **Einsatz gebrauchter Komponenten (wenn vorhanden)**

☐ **Auswahl geeigneter Kooperationspartner inkl. Angebot (z. B. Elektrorollstuhl, fremde Untergestelle, etc.)**

Zusammenfassung (Ergebnis, Hilfsmittelvorschlag)

Zusatzinformationen (z. B. Transport, therapeutische Einsatz, häusliche Umgebung, etc.)

© interco Group GmbH 2021

Erhebungsbogen Individualversorgung

Zielsetzung

Beteiligte

Medizinprodukteberater/-in

Name | Telefon | Datum, Unterschrift

Arzt

Name | Telefon | Datum, Unterschrift

Therapeut

Name | Telefon | Datum, Unterschrift

Angehöriger

Name | Telefon | Datum, Unterschrift

Betreuer/-in

Name | Telefon | Datum, Unterschrift

Sonstige

Name | Telefon | Datum, Unterschrift

Datum, Uhrzeit

Ansprechpartner interco | Unterschrift

© interco Group GmbH 2021

Rev.-Stand: Individualversorgung_Erhebungsbogen_interco_de_02