

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Kinderrollstuhls

(Zusatz zu GMFCS Formular für Bestimmung des Behinderungsgrades [BG])

Patientenangaben:			
Name:		Vorname:	
		Geb. Datum:	

Diagnose:

Allgemeine Grundsätze zum Formular
<ul style="list-style-type: none"> - Die Nummerierung der einzelnen Positionen bezieht sich auf die medizinische Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls. Aufgrund der Einteilung der Patienten bis zum 20. Lebensjahr nach GMFCS müssen die restlichen Kriterien des Formulars für die Versorgung von Patienten über 20 Jahren nicht ausgefüllt werden. - zur Bewertung der Items wird bei Asymmetrien die am meisten betroffene Körperseite berücksichtigt - es soll, wenn möglich, eine sitzende Ausgangsstellung gewählt werden, ohne externe Unterstützung - alle Kriterien sollen ohne Verwendung von Hilfsmittel beurteilt werden

1. Einteilung nach GMFCS-Level



Level II
(BG I)



Level III
(BG II)



Level IV
(BG III)



Level V
(BG IV)

2. Sitzposition		
Kategorie	b	c
2.1 Rumpf-/Beckenmobilität	gering eingeschränkt kleine Positionswechsel <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt oder immobil kann Position geringfügig oder nicht verändern <input type="checkbox"/>
2.3 Rumpf-/Beckenkoordination	leichte Rumpfataxie kann mindestens 3 Min. selbständig sitzen <input type="checkbox"/>	schwere Rumpfataxie kann nur mit Hilfe oder Abstützung sitzen <input type="checkbox"/>
2.4 Skoliose / Beckenschiefstand	leichte Skoliose <input type="checkbox"/>	mittel / schwere Skoliose <input type="checkbox"/>
2.5 Rumpftonus	leicht verändert leicht hypoton oder erhöht (spastisch/rigid) <input type="checkbox"/>	stark verändert stark hypoton oder erhöht (spastisch/rigid) <input type="checkbox"/>
2.6 Rumpfstabilität	verminderte Stabilität muss geführt/gestützt werden <input type="checkbox"/>	Instabil muss gehalten/fixiert werden <input type="checkbox"/>
2.7 Kopf / Hals -Kontrolle / -Mobilität	leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>

3. Obere Extremität: Fortbewegung und Positionierung		
Kategorie	b	c
3.1 Kraft	vermindert <input type="checkbox"/>	aufgehoben, Plegie <input type="checkbox"/>
3.2 Tonus	leicht vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>	stark vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>
3.3 Gelenkmobilität	leicht eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>
3.5 Koordination	leichte Ataxie kann einfache Bewegungen gezielt ausführen <input type="checkbox"/>	schwere Ataxie keine gezielten Bewegungen möglich <input type="checkbox"/>
3.6 Kontrakturen	Kontrakturen in 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>	Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>

4. Untere Extremität: Fortbewegung und Positionierung			
Kategorie		b	c
4.1 Kraft	vermindert	<input type="checkbox"/>	aufgehoben, Plegie <input type="checkbox"/>
4.2 Tonus	leicht vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch/ rigid	<input type="checkbox"/>	stark vermindert oder erhöht: hypoton oder spastisch/ rigid <input type="checkbox"/>
4.3 Gelenkmobilität	leicht eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil)	<input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) <input type="checkbox"/>
4.5 Koordination	leichte Ataxie kann einfache Bewegungen gezielt ausführen	<input type="checkbox"/>	schwere Ataxie keine gezielten Bewegungen möglich <input type="checkbox"/>
4.6 Kontrakturen	Kontrakturen in 1 Muskelgruppe	<input type="checkbox"/>	Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe <input type="checkbox"/>

6. Transfer / Transport			
Kategorie		b	c
6.1 Transfer	braucht Hilfsperson	<input type="checkbox"/>	braucht mehrere Hilfspersonen oder technische Hilfe <input type="checkbox"/>

7. Weitere Angaben			
Kategorie		y	z
7.1 Gewicht			> 140 kg <input type="checkbox"/>
7.2 Grösse	< 150 cm	<input type="checkbox"/>	> 185 cm <input type="checkbox"/>
7.3 Beatmung	Sauerstoffzufuhr	<input type="checkbox"/>	Beatmung <input type="checkbox"/>
7.41 Amputationen obere Extremität	1 Extremität	<input type="checkbox"/>	2 Extremitäten <input type="checkbox"/>
7.42 Amputationen untere Extremität	1 Extremität	<input type="checkbox"/>	2 Extremitäten <input type="checkbox"/>
7.5 Dekubitus-Risiko	vorhanden	<input type="checkbox"/>	erhöht <input type="checkbox"/>
7.6 Progredienz	langsam	<input type="checkbox"/>	schnell <input type="checkbox"/>
7.7 bestehende Orthesen	1 Extremität	<input type="checkbox"/>	2 Extremitäten <input type="checkbox"/>
7.8 Inkontinenz			ja <input type="checkbox"/>
7.9 Abhängigkeit von Begleitpersonen	1 Person	<input type="checkbox"/>	mehrere <input type="checkbox"/>
7.10 Fehlbildungen	obere Extremität	<input type="checkbox"/>	untere Extremität <input type="checkbox"/>

8. Versorgungsziel / Einsatzbereich			
8.4 Verminderung der Progredienz der Haltungsinsuffizienz		<input type="checkbox"/>	
8.7 Aussenbereich		<input type="checkbox"/>	
8.8 Schule/Arbeitsplatz		<input type="checkbox"/>	

Langzeitversorgung	> 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
--------------------	----------	--------------------------

Bemerkungen:

Unterschrift / Stempel des Arztes
<p>Tel.: _____</p> <p>Ort: _____ Datum: _____</p>

Institution / Therapeut