

Arztanfrage zur Verordnung einer elektr. Schiebehilfe für den man. Rollstuhl

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: 2. 02. 34

Zur Prüfung der Versorgung benötigen wir noch folgende Angaben:

Wie bewegt sich der/die Patient/in bisher fort?Im Innenbereich: gehend ☐ mit Hilfsmittel ☐ ggfs. welches?.....

max. Wegstrecke:.....

Im Außenbereich: gehend ☐ mit Hilfsmittel ☐ ggfs. welches?.....

max. Wegstrecke:.....

Warum ist die Benutzung des vorhandenen manuell betriebenen Rollstuhls allein nicht (mehr) möglich?**Besondere Einschränkungen der oberen Extremität(en), die Einfluss auf die Rollstuhl-ausstattung haben könnten:**Plegie ☐ Parese ☐ Spastik ☐ Kontraktur ☐ ggfs. wo?.....eingeschränkte Feinmotorik ☐ Tremor ☐ rechts ☐ links ☐

Gibt es körperliche und/oder psychische Einschränkungen hinsichtlich Farb-/Sehkraft, Hörfähigkeit, Reaktionsvermögen, ggfs. welche?

Ist im Außenbereich ständig eine Begleitperson erforderlich? ja ☐ nein ☐**Welche körperlichen Einschränkungen liegen bei der Begleitperson vor, durch die diese elektrische Schiebehilfe notwendig wird und ein Schieben des manuellen Rollstuhls nicht möglich ist?****In welchem Bereich und Umfang will Ihr/e Patient/in das verordnete Fahrzeug benutzen (zeitlich/räumlich)?**nur im Außenbereich ☐ nur im Innenbereich ☐ im Innen- und Außenbereich ☐**Sonstige Hinweise/Vermerke (evtl. Zurüstungen):**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01620 BMÄ berechnungsfähig