

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

Allgemeine Bemerkung: Die ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls muss nur bei Rollstuhl-Neuversorgungen oder einer veränderten gesundheitlicher Ausgangslage (Regression und Progression) ausgefüllt werden. Dieses Formular ist dem ausführenden Leistungserbringer zuzustellen.

Patientenangaben:				
Name:		Vorname:		Geb. Datum:
AHV/Vers.Nr:				

Einteilung Behinderungsgrad der versicherten Person					
	(BG I) ☐	Person läuft kurze Strecken frei oder mit Gehstock. Lange Strecken nur mit Rollstuhl, evtl. mit Elektroantrieb/Elektromobil /Elektrollstuhl.		(BG II) ☐	Person kann einige Schritte mit Hilfe einer Drittperson oder mit Unterstützung eines Hilfsmittels* gehen. Im Innen- und Aussenbereich auf den Rollstuhl angewiesen. Im Aussenbereich evtl. mit Elektroantrieb/Elektromobil/Elektrollstuhl.
	(BG III) ☐	Keine Gehfähigkeit. Person ist zur selbständigen Fortbewegung vollständig auf den Rollstuhl angewiesen. Handrollstuhl, ev. mit Elektroantrieb/Elektrollstuhl mit Standard-Steuerung.		(BG IV) ☐	Keine selbständige Fortbewegung mit einem Handrollstuhl, möglich. Person kann nur mit Rumpfstabilisierung/-führung im Rollstuhl sitzen. Sämtliche Alltagstätigkeiten können nur mit Hilfe bewältigt werden. Selbständige Bedienung eines Elektrollstuhls ist je nach Krankheitsbild möglich. ALS-Betroffene sind immer nach BG IV zu versorgen.

* Krückstöcke, Rollatoren, Prothesen, Orthesen etc.

1.	Beckenposition	Ja	Nein	Versorgungsoption
1.1	Kann die versicherte Person die Beckenposition selbständig kontrollieren?	☐	☐	Option auf einfaches Sitzkissen
1.2	Bewegt die versicherte Person das Becken unkontrolliert im Stuhl oder benötigt guten Halt für die Ausführung der Bewegungen der oberen Extremitäten?	☐	☐	Option auf Positionierungskissen/ Stabilisierung/Fixierung des Beckens
1.3	Besteht die Gefahr eines Dekubitus im Beckenbereich?	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen/ Stabilisierung/Fixierung des Beckens
	Bei «Ja» unter 1.1 oder 1.2 plus eine der folgenden Voraussetzungen:			
	1.3.1 verminderte Sensibilität	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen
	1.3.2 anatomische Anomalität	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen
	1.3.3 schlechter Allgemeinzustand (z.B. Kachexie)	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen

2.	Rumpfstabilität	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
2.1	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung des Rumpfes einfache Unterstützung?	☐	☐	Option auf Rumpfstabilisierung
2.2	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung/Entlastung/ Führung des Rumpfes mehr als eine einfache Unterstützung?	☐	☐	Option auf Spezialrücken

3.	Kopf	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
3.1	Benötigt die versicherte Person zur Stabilisierung des Kopfes Unterstützung?	☐	☐	Option auf individuelle Versorgung
	3.1.1 Einfache Unterstützung notwendig?	☐	☐	Option auf Kopfstütze standard
	3.1.2 Braucht die versicherte Person eine Stabilisierung/Entlastung/Führung zur Kontrolle des Kopfes?	☐	☐	Option auf Kopfstütze spezial
	3.1.3 Transport mit Rollstuhl in Fahrzeug (eigenes Auto, Behindertentransport)?	☐	☐	Kopfstütze wird von IV nicht übernommen.

4.	Untere Extremitäten	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
4.1	Leidet die versicherte Person unter einer eingeschränkten Abduktion im Hüftbereich?	☐	☐	Option auf Abduktionskeil
4.2	Leidet die versicherte Person unter einer eingeschränkten Adduktion im Hüftbereich?	☐	☐	Option auf Beinführung/-stabilisierung
4.3	Leidet die versicherte Person unter einer ungenügenden Kniebeugung (< 60 Grad)	☐	☐	Option auf Beinstützen Kniewinkel einstellbar
	4.3.1 Elektrollstuhl: Sitzt die versicherte Person im Elektrollstuhl und kann die Beinposition ohne elektrische Beinverstellung nicht ändern?	☐	☐	Option auf Beinstützen Kniewinkel elektrisch einstellbar
4.4	Benötigt die versicherte Person zur Beinkontrolle Unterstützung?	☐	☐	Option auf Beinführung/-stabilisierung/-fixierung
4.5	Bestehen versorgungsrelevante Missbildungen, Kontrakturen oder Amputationen?	☐	☐	Option auf Beinführung/Beinstabilisierung/Beinpolsterung/Fusspolsterung/Amputationsbeinstütze oder Stumpfauflage

5.	Obere Extremitäten	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
5.1	Kann die versicherte Person den Handrollstuhl nur mit Hilfe von Spezialgreifreifen aufgrund von motorischen und/oder sensorischen Einschränkungen selbständig antreiben?	☐	☐	Option auf Spezialgreifreifen
5.2	Braucht die versicherte Person anstelle einer Standard-Armauflage eine anatomische Arm- und/oder Handauflage?	☐	☐	Option auf anatomische Arm- und/oder Handauflage
5.3	Benötigt die versicherte Person zur Armkontrolle Unterstützung?	☐	☐	Option auf Armführung/-stabilisierung/-fixierung
5.4	Braucht die versicherte Person, welche keine genügende Rumpfstabilität hat, für ihre Alltagsbedürfnisse (z.B. Essen, Kommunikation usw.) einen Rollstuhltisch?	☐	☐	Option auf Rollstuhltisch

6.	Allgemeine Fragen	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
6.1	Ist die versicherte Person inkontinent?	☐	☐	Option auf Ersatzbezüge
6.2	Sind hygienische Zusatzversorgungen aufgrund von Sonden-Ernährung, Erbrechen, vermehrtem Speichelfluss nötig?	☐	☐	Option auf Ersatzbezüge
6.3	Ist die versicherte Person kleiner als 150 cm	☐	☐	Option auf Kinderrollstuhl
6.4	Ist die versicherte Person schwerer als ?			
	6.4.1 140 kg	☐	☐	Option auf XXL-Versorgung Handrollstuhl
	6.4.2 160 kg	☐	☐	Option auf XXL-Versorgung Handrollstuhl/XXXL-Versorgung Elektrollstuhl
	6.4.3 180 kg	☐	☐	Option auf XXXL Hand- und/oder Elektrollstuhl
6.5	Benötigt die versicherte Person speziellen Witterungsschutz?	☐	☐	Option auf Regencape, Regendach, Wärmesack
6.6	Benötigt die versicherte Person eine Transferhilfe (z.B. Rutschbrett, Drehscheibe)?	☐	☐	Option auf Transferhilfe
6.7	Besteht ein pathologisches Bewegungsmuster (Hyper- oder Hypotonie)? Nur für Kinderversorgungen relevant und anzugeben	☐	☐	Option auf Kippsitz verstellbar (nur für Kinderrollstuhl)
6.8	Benötigt die versicherte Person medizinische Zusatzgeräte? Wenn ja, welche? Zusatzgerät bitte hier eintragen:	☐	☐	Option auf Halterungen/Taschen für Beatmungsgeräte und Hygieneartikel

Diagnose sowie allfällige Bemerkungen und Begründung des Arztes für besondere Anforderungen in Bezug auf die Rollstuhlversorgung:

Ausgefüllt durch Arzt ☐ Physiotherapeut ☐ Ergotherapeut ☐	
Name: _____	Vorname: _____
Ort/Datum: _____	Institution: _____
	Tel. Institution: _____

Unterschrift des Arztes	
Name: _____	Vorname: _____
Ort/Datum : _____	Unterschrift: _____