

# Erprobungsbericht – MOTOmed loop.I

1. Kostenträger: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

2. Versicherter: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

3. Krankheitsbild: \_\_\_\_\_

## 4. Erforderliches Hilfsmittel und Ausstattung:

MOTOmed loop.I – Grundausrüstung (Bestell-Nr. 260.010)

Hilfsmittel-Positionsnummer:

- Höhenverstellung des Beintrainers um jeweils 15 cm, werkzeuglos einstellbar

32.06.01.0017

- Farb-Touch-Display (7"), neigungsverstellbar

- Kunststoffbeschichtete Sicherheitsfußschalen mit Fixierung per Klettverschluss

- Serielle Schnittstelle, USB-Schnittstelle

- 2-stufige Pedalradiuseinstellung

- Ergonomische Soft Grip Haltegriffe „Hörnchen“

### Optionale Produktkonfiguration (nicht nachrüstbar):

Gasfederunterstützung der Höheneinstellung

Bestell-Nr. 265.002

Sonderstandfuß mit verringerter Standfußhöhe

Bestell-Nr. 265.001

Aktivierung Serielle Schnittstelle

Bestell-Nr. 265.500

### Häufig verwendetes Zubehör:

Beinführungen mit kunststoffbeschichteten Wadenschalen  
(Paar) und Flauschbändern mit Klettverschluss

Bestell-Nr. 303.000

Fußschnellfixierung „QuickFix“ (Paar)

Bestell-Nr. 265.004

Pedalradius-Exakteinstellung (Beintrainer, Paar)

Bestell-Nr. 507.020

Rollstuhl-Kippsicherung

Bestell-Nr. 100.000

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Erprobungsphase:

am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Dauer ca. \_\_\_\_\_ Minuten pro Tag

zu Hause über das Sanitätshaus

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

in der Praxis

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

in der Klinik

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Der Versicherte kann das MOTOMed selbstständig bedienen.

Der Versicherte kann das MOTOMed mit fremder Hilfe bedienen.

Fremde Hilfe ( Familienangehörige,  Pflegekraft, ...) ist \_\_\_\_\_ x pro Woche verfügbar.

## Therapieergebnis / Trainingsziele:

verbessert / langfristiges  
stabilisiert Ziel

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung des Muskeltonus   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reduzierung der Spastik   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktivierung und Erhalt der (Rest-)Muskelkraft                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung von Gehfähigkeit und Gangsicherheit                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhalt der Oberkörper- und Rumpfstabilität  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit im Schulter-/Armbereich (Kontrakturprophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhalt und Verbesserung der Mobilität   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rechts-Links-Defizite reduzieren  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Ausdauer   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Koordination   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung von Kreislauf- und Stoffwechselfunktionen                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung der Durchblutung (Thromboseprophylaxe)                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Minderung von Ödemen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung des Blutdrucks  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzlinderung  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente inkl. Nebenwirkungen reduzieren   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische und physische Belastbarkeit stärken                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeines Wohlbefinden  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |

Sind während der Erprobungsphase negative Nebenwirkungen aufgetreten?

Nein

Ja, folgende Nebenwirkungen sind aufgetreten:

---

Ist bei dem Versicherten der Einsatz eines aktiven Beintrainers (z.B. Fahrradergometer oder Tretkurbel) möglich bzw. ausreichend?

Nein, da der Versicherte

eine Motorunterstützung benötigt (passive/aktive Anwendung).

die Widerstände nicht treten kann.

nicht auf dem Sattel sitzen und sich halten kann (Gleichgewichts- bzw. Koordinationsstörung).

durch die Spastik in seiner Beweglichkeit eingeschränkt ist.

---

Ja

## 6. Angaben zur Gelenkbeweglichkeit:

6.1. Bestehen Kontrakturen?

Ja  Nein

6.2. In welchen Gelenken und mit welcher Ausprägung?

\_\_\_\_\_

---

6.3. Ist ein Training mit dem MOTomed trotz der Kontrakturen möglich?

Ja  Nein

## 7. Angaben zu Art und Umfang der Lähmung:

7.1. Welche Extremitäten sind betroffen?

rechtes Bein

linkes Bein

rechter Arm

linker Arm

7.2. Die Lähmung der Extremitäten ist

komplett

inkomplett

7.3. Ist von einem weitgehenden Funktionsverlust der Extremitäten auszugehen?

Beine:  Ja

Nein

Arme:  Ja

Nein

7.4. Besteht beim Anwender eine Sturzgefahr?

Ja

Nein

7.5. Beschreibung der Gehfähigkeit/Mobilität?

keine Gehfähigkeit vorhanden

gehfähig

ohne Hilfsmittel \_\_\_\_\_m

mit Stock/Krücken \_\_\_\_\_m

am Rollator \_\_\_\_\_m

mit Unterstützung einer Hilfsperson \_\_\_\_\_m

Rollstuhlfahrer

nur für längere Strecken auf einen Rollstuhl angewiesen, ab \_\_\_\_\_m

der Versicherte ist überwiegend bettlägerig

der Versicherte kann selbstständig stehen

der Versicherte kann nur mit Hilfe stehen

**8. Angaben zur Spastik/Tonuserhöhung:**

8.1. Welche Extremitäten sind betroffen?

keine Spastik/Tonuserhöhung vorhanden

rechtes Bein  linkes Bein

rechter Arm  linker Arm

8.2. Wie ist die Spastik/Tonuserhöhung ausgeprägt?

es treten einschließende Spastiken auf

erhöhter Muskeltonus/Steifheit

Rigor  Tremor vorhanden

8.3. Wird die Spastik/Tonuserhöhung medikamentös behandelt?

Ja  Nein

8.4. Welche Einschränkungen sind auf die Spastik/Tonuserhöhung zurückzuführen?

Unbeweglichkeit beim Durchführen der alltäglichen Verrichtungen

Probleme bei der Blasenentleerung

Einschränkungen der Gehfähigkeit, da die Muskelkraft durch die Spastik gehemmt wird

\_\_\_\_\_

**9. Angaben zu den Folgen des Bewegungsmangels:**

Verdauungsprobleme

Durchblutungsstörungen

Wasserablagerungen (Ödeme)

Kreislaufbeschwerden

Abbau der Muskulatur

\_\_\_\_\_

**10. Angaben zu weiteren Funktionseinschränkungen:**

Störungen der Koordination

Störung der Motorik

Gleichgewichtsprobleme

\_\_\_\_\_

**11. Art und Umfang der bisherigen Therapie:**

Krankengymnastik \_\_\_\_\_ x wöchentlich à \_\_\_\_\_ Minuten

Ergotherapie \_\_\_\_\_ x wöchentlich à \_\_\_\_\_ Minuten

Durch den Einsatz des Bewegungstrainers kann eine Erhöhung der bisherigen Therapie vermieden werden.

**Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und bitten um Kostenübernahme des MOTOmed.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnder Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut