

Erprobungsbericht – MOTOmed loop light.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 light.I – Grundausstattung (Bestell-Nr. 260.100)

Hilfsmittel-Positionsnummer:

- Höhenverstellung des Beintrainers um jeweils 15 cm, werkzeuglos einstellbar
- Farb-Touch-Display (7"), neigungsverstellbar
- Soft Grip Sicherheitsfußschalen mit Fixierung per Klettverschluss
- 2-stufige Pedalradiuseinstellung
- Ergonomische Soft Grip Haltegriffe „Hörnchen“

32.06.01.0018

Optionale Produktkonfiguration (nicht nachrüstbar):

- Gasfederunterstützung der Höheneinstellung
- Sonderstandfuß mit verringerter Standfußhöhe

Bestell-Nr. 265.002

Bestell-Nr. 265.001

Häufig verwendetes Zubehör:

- Beinführungen mit Wadenschalen (Paar) und Flauschbändern mit Klettverschluss
- Fußschnellfixierung „QuickFix“ (Paar)
- Pedalradius-Exakteinstellung (Beintrainer, Paar)
- Rollstuhl-Kippsicherung
- _____
- _____

Bestell-Nr. 302.000

Bestell-Nr. 265.004

Bestell-Nr. 507.020

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