

# Erprobungsbericht - MOTOmed letto2 für Kinder

## 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 letto2 für Kinder (Bestell-Nr. 279.024)

Bewegungstherapie für Beine für liegende Patienten:

- inkl. kunststoffbeschichteten Kinder-Sicherheitsfußschalen (kleiner Abstand), Fahrwagen mit Bodenfixierung (Vier-Fuß-Stopp)
- inkl. drehbarer Bedieneinheit mit großem, anwenderfreundlichem Farbbildschirm inkl. großen, fühlbaren Tasten, Patienten-Ausschalter
- inkl. den Funktionen ServoTreten, BewegungsSchutz, SpastikLockerungsprogramm, Einstiegshilfe, SymmetrieTraining, MotivationsProgramme MOTOmax und TRAMPOLINmax, 13 individuelle und effiziente TherapieFolgeProgramme und detaillierte Trainingsauswertung während und nach dem Training

Hilfsmittel-Positionsnummer:

32.06.01.0007

**Produktanpassung für  
bettlägerige Patienten!**

Erforderliches Zubehör:

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Beinführungen TrainCare komfort Kinderversion</b> (Paar)<br>(mit einstellbarer Knieentlastung) | Bestell-Nr. 168.020 |
| <input type="checkbox"/> <b>Spreizfahrwerk</b><br>(nicht nachrüstbar)  | Bestell-Nr. 160.000 |
| <input type="checkbox"/> <b>Knieflexionseinstellung mit Einstellrad</b><br>(nicht nachrüstbar)                             | Bestell-Nr. 162.000 |
| <input type="checkbox"/> <b>Schwenkarm für die Bedieneinheit</b><br>(anstatt drehbarer Bedieneinheit)                      | Bestell-Nr. 166.000 |
| <input type="checkbox"/> _____   | Bestell-Nr. _____   |
| <input type="checkbox"/> _____   | Bestell-Nr. _____   |

## 5. Erprobungsphase:

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 über den Handschalter bedienen.

Der Versicherte kann das MOTomed mit fremder Hilfe bedienen.

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

## Therapieergebnis / Trainingsziele:

verbessert/  
stabilisiert

langfristiges  
Ziel

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung des <b>Muskeltonus</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reduzierung der <b>Spastik</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktivierung und Erhalt der (Rest-) <b>Muskelkraft</b>                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Rechts-Links-Defizite</b> reduzieren  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der <b>Ausdauer</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhalt / Verbesserung der <b>Gelenkbeweglichkeit</b> (Kontrakturprophylaxe)              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der <b>Koordination</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeine Aktivierung des <b>Herz-/Kreislaufsystems</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anregung von <b>Stoffwechsel und Verdauung</b> (Obstipationsprophylaxe)                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung der <b>Durchblutung</b> (Thromboseprophylaxe)                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Hauttrophik durch vermehrte Durchblutung ( <b>Dekubitusprophylaxe</b> ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Minderung von <b>Ödemen</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung von <b>Blutdruck</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Schmerzlinderung</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Medikamente</b> inkl. Nebenwirkungen reduzieren                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische und physische <b>Belastbarkeit</b> stärken                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeines <b>Wohlbefinden verbessern</b>   |
| <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. Bettergometer oder Tretkurbel) möglich bzw. ausreichend?

- Nein, da der Versicherte  
 eine Motorunterstützung benötigt (passive/aktive Anwendung)  
 die Widerstände nicht treten kann (Gefahr der Überanstrengung bzw. zu schwach)  
 durch die Spastik in seiner Bewegungsfähigkeit 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  linkes Bein  
 rechter  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. Beschreibung der Mobilität  
 der Versicherte bettlägerig  
 der Versicherte ist überwiegend bettlägerig (teilweise Mobilisation in den Rollstuhl)  
  
\_\_\_\_\_

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

8.1. Welche Extremitäten sind betroffen?

keine Spastik / Tonuserhöhung vorhanden

rechtes  linkes Bein

rechter  linker Arm

8.2. Wie ist die Spastik / Tonuserhöhung ausgeprägt?

es treten einschießende Spastiken auf

erhöhter Muskeltonus/Steifheit

Rigor

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Verdauungsprobleme

Durchblutungsstörungen

Wasserablagerungen (Ödeme)

Kreislaufbeschwerden

Abbau der Muskulatur

\_\_\_\_\_

**10. 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 Versicherte

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

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

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

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