

# Erprobungsbericht MOTOmed gracile12

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 gracile12 – Grundausrüstung (Bestell-Nr. 594.003)**

fester Fußschalen-Innenabstand 12 cm

inkl. Kinder-Sicherheitsfußschalen, Kinderbeinführungen (beweglich und höhenverstellbar), 2-stufige Pedalradius-Einstellung, Höhenverstellung der Tretkurbelachse von 26 cm bis 46 cm (vom Boden aus), neigungsverstellbarer Haltegriff, Bedieneinheit mit großem, anwenderfreundlichem Farbbildschirm und großen, fühlbaren Tasten

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:

32.06.01.0001

Erforderliches Zubehör:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstbedienbare Fußhalterungen (Paar)   | Bestell-Nr. 598.000                        |
| <input type="checkbox"/> Pedalradius-Exakteinstellung (für Kinder-Sicherheitsfußschalen) (Paar)<br>(stufenlos oder in 4 Stufen einstellbar)   | Bestell-Nr. 588.020                        |
| <input type="checkbox"/> Arm-/Oberkörpertrainer mit Motor (schwenkbar inkl. Haltegriff)   | Bestell-Nr. 599.000                        |
| <input type="checkbox"/> Kinderunterarmschalen mit Armmanschette (Paar), serienmäßig mit Quergriff<br>Standard <input type="checkbox"/> Armmanschettengröße S<br>oder <input type="checkbox"/> Armmanschettengröße XS | Bestell-Nr. 556.024<br>Bestell-Nr. 556.023 |
| <input type="checkbox"/> Tetra Handgriffe für Kinder (Paar)   | Bestell-Nr. 555.020                        |
| <input type="checkbox"/> Vertikalhandgriffe mit Handauflage für Kinder (Paar)   | Bestell-Nr. 557.020                        |
| <input type="checkbox"/> Handgelenkmanschette für Kinder ( <input type="checkbox"/> Stück / <input type="checkbox"/> Paar)  | Bestell-Nr. 562.020                        |
| <input type="checkbox"/> Hakengriff für Kinder ( <input type="checkbox"/> Stück / <input type="checkbox"/> Paar)  | Bestell-Nr. 567.020                        |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl-Kippsicherung (für Kinder)   | Bestell-Nr. 100.020                        |
| <input type="checkbox"/> Erwachsenen-Sicherheitsfußschalen für gracile12 (Paar)   | Bestell-Nr. 586.000                        |
| <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 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 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 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"/> | Erhalt/Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit (Kontrakturprophylaxe)                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Koordination   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung von Kreislauf- und Stoffwechselfähigkeiten                                |
| <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"/> | Erhalt der Oberkörper- und Rumpfstabilität  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit im Schulter-/Armbereich (Kontrakturprophylaxe) |
| <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 (Gefahr der Überanstrengung bzw. schwach).
  - 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  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. 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  linkes Bein

rechter  linker Arm

8.2. Wie ist die Spastik/Tonuserhöhung ausgeprägt?

es treten einschließende Spastiken auf

erhöhter Muskeltonus/StEIFheit

\_\_\_\_\_

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