

L300 Go System – Fragebogen für Fachpersonal

Fragebogen zur Testversorgung



Quality for life

Ein Videonachweis kann unter Umständen zielführend sein. Eine Anleitung finden Sie in der Erstattungsmappe.

ICF*-basierte Dokumentation zur Hilfsmittelversorgung der unteren Extremität

Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (HilfsM-RL)

Sanitätshaus

Name, Anschrift:

.....

Durchgeführt von: OT PT/ET Arzt

Datum:

Patient

Name:

Männlich Weiblich

Geburtsdatum:
(tt.mm.jjjj)

Diagnose

Diagnose:

Bestehend seit:

Betroffene Seite:

Weitere Erkrankungen:

Dringlichkeit geboten wegen

- Atrophieprävention
- Vermeidung einer Verschlimmerung
- Zunehmende Inaktivität
- Zeitnahe Mobilisation

Getestet wurde Funktionelle Elektrostimulation mittels

- L300 Go
- L300 Go Complete
- L300 Go Stand Alone

* International Classification of Functioning, Disability, and Health. WHO, 2001

Bitte beurteilen Sie die nachfolgenden Alltagsbeschreibungen **im Vergleich zur bisherigen Versorgung**.

1. Schmerzempfinden (b280)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

2. Geteilte Aufmerksamkeit beim Gehen (gleichzeitige Konzentration auf zwei oder mehr Dinge) (b1402)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

3. Einen Gegenstand mit den Händen von einem Platz an einen anderen tragen, wie ein Trinkglas o.ä. (d4301)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

4. Kurze Entfernungen gehen, wie in Räumen umher oder auf Korridoren entlang gehen, innerhalb eines Gebäudes oder auch kurze Entfernungen außerhalb (d4500)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

5. Auf unterschiedlichen, ansteigenden oder abfallenden Oberflächen gehen (d4502)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

6. Hindernissen (Gegenständen, Menschen, Tieren, Fahrzeugen) ausweichen oder in einem Verkaufsladen oder im Straßenverkehr gehen etc. (d4503)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

7. Klettern/steigen, wie bei Stufen, Treppen oder Kantsteinen (d4551)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

Bitte beurteilen Sie die nachfolgenden Alltagsbeschreibungen **im Vergleich zur bisherigen Versorgung**.

8. Sich innerhalb einer Wohnung und Gebäuden bewegen und umhergehen (d4600)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

9. Sich außerhalb einer Wohnung und Gebäuden bewegen und umhergehen (d4602)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

10. Ein öffentliches Verkehrsmittel benutzen (Bus, Zug, U-Bahn, Flugzeug) (d4702)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

11. Körperpflege (Körper oder Körperteile waschen, baden, duschen und mit einem Handtuch abtrocknen) (d510)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

12. Die Toilette benutzen (d5308)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

13. Kleidung an- und ausziehen (d5400, d5401)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

14. Einkaufen (Lebensmittel, Getränke, Reinigungsmaterial, Haushaltsartikel) (d6200)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

Bitte beurteilen Sie die nachfolgenden Alltagsbeschreibungen **im Vergleich zur bisherigen Versorgung**.

16. Hausarbeiten erledigen (Haushaltsgeräte benutzen, Müll entsorgen, Zimmer und Toiletten in Ordnung halten, Kleidung waschen) (d640)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

17. Geselligkeit (Freunde oder Verwandte besuchen oder sich informell in der Öffentlichkeit treffen) (d9205)

Deutlich besser	Besser	Neutral	Schlechter	Deutlich schlechter
<input type="checkbox"/>				

Versorgungsoptionen, die auszuschließen sind:

Heidelberger Winkel
 Carbonorthese
 Anderes FES-System
 Orthese nach Maß
 Sonstiges

Grund:

Schmerz
 Unzureichende Gangsicherheit
 Unzureichende Anwendungssicherheit
 Unzureichendes Gangbild

Abschließende Beurteilung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....