

# 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

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

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

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

**12. Die Toilette benutzen (d5308)**

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

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

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....