

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"/> Beinführungen TrainCare komfort Kinderversion (Paar)
(mit einstellbarer Knieentlastung) | Bestell-Nr. 168.020 |
| <input type="checkbox"/> Spreizfahrwerk
(nicht nachrüstbar) | Bestell-Nr. 160.000 |
| <input type="checkbox"/> Knieflexionseinstellung mit Einstellrad
(nicht nachrüstbar) | Bestell-Nr. 162.000 |
| <input type="checkbox"/> Schwenkarm für die Bedieneinheit
(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 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"/> | 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"/> | Allgemeine Aktivierung des Herz-/Kreislaufsystems |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anregung von Stoffwechsel und Verdauung (Obstipationsprophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung der Durchblutung (Thromboseprophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Hauttrophik durch vermehrte Durchblutung (Dekubitusprophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Minderung von Ödemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung von Blutdruck |
| <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 verbessern |
| <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