

## Rollstuhlerhebungsblatt Faltrollstuhl

Sehr geehrte Damen und Herren!

Für die bestmögliche Versorgung ersuchen wir Sie das vorliegende Rollstuhlerhebungsblatt genau und vollständig auszufüllen und zu unterfertigen (zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich).

### 1. Angaben zur/zum RollstuhlbenutzerIn:

_____	_____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer										

### 2. Wohnort:

privat (allein)	<input type="checkbox"/>	privat (mit Betreuung)	<input type="checkbox"/>
Pensionistenheim	<input type="checkbox"/>	Pflegeheim od. -zentrum	<input type="checkbox"/>
Dzt. Krankenhaus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### 3. Aktivität:

fährt KF selbst (Antrieb mit Händen)	<input type="checkbox"/>
fährt KF nur zum Teil selbst	<input type="checkbox"/>
trippelt	<input type="checkbox"/>
KF wird von Betreuungsperson bedient	<input type="checkbox"/>

### 4. Art des Rollstuhls:

Standard (ab 19,5 kg)	<input type="checkbox"/>
Leichtgewicht (ab 16,5 kg); Begründung:	<input type="checkbox"/>

### 5. Rollstuhlmaße (Angaben in cm):

Sitzbreite	38	<input type="checkbox"/>	Sitzhöhe	47	<input type="checkbox"/>
	41	<input type="checkbox"/>		49	<input type="checkbox"/>
	44	<input type="checkbox"/>		51	<input type="checkbox"/>
	47	<input type="checkbox"/>			
	50	<input type="checkbox"/>	Körpergewicht	___	kg

### 6. Ausstattung:

Antriebsräder	Luftbereifung	<input type="checkbox"/>
	Pannensicher	<input type="checkbox"/>
	Abnehmbar mit Steckachsen	<input type="checkbox"/>
Schwenkräder	8''	<input type="checkbox"/>
	6''	<input type="checkbox"/>
Bremshebelverlängerung	links	<input type="checkbox"/>
	rechts	<input type="checkbox"/>
Armlehnen	höhenverstellbar	<input type="checkbox"/>
Rücklehnenverstellung	+ 30°	<input type="checkbox"/>
Armlehnenverlängerung		<input type="checkbox"/>
Kopfstütze		<input type="checkbox"/>
Speichenschutz		<input type="checkbox"/>
Abduktionskeil		<input type="checkbox"/>

Beinamputiert	Oberschenkel	<input type="checkbox"/>
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>
	Doppelseitig	<input type="checkbox"/>
Amputationsbeinstütze	links	<input type="checkbox"/>
	rechts	<input type="checkbox"/>
	beidseitig	<input type="checkbox"/>
Beinstütze	höhenverstellbar	<input type="checkbox"/>
	mit gepolsterter Wadenplatte	<input type="checkbox"/>
Seitenpelotten	links	<input type="checkbox"/>
	rechts	<input type="checkbox"/>
	beidseitig	<input type="checkbox"/>
Stockhalter		<input type="checkbox"/>

### 7. Sonstiges:


### 8. Die Daten wurden ermittelt von:

PatientIn	<input type="checkbox"/>	Angehörigen	<input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	TherapeutIn	<input type="checkbox"/>	SozialberaterIn	<input type="checkbox"/>	Orthopädie SEPIN	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------

AnsprechpartnerIn (BLOCKSCHRIFT):	Telefonisch erreichbar:
Datum:	Unterschrift: