

Rollstuhlerhebungsblatt ELEKTRO-Fahrstuhl

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 RollstuhlbenützerIn:

_____	_____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></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	<input type="checkbox"/>
KF wird von Betreuungsperson bedient	<input type="checkbox"/>

4.1 Elektro-Fahrstuhl für den INNENBEREICH (Angaben in cm):

Sitztiefe	40	<input type="checkbox"/>	Sitzbreite	38-42	<input type="checkbox"/>	Sitzhöhe	45	<input type="checkbox"/>	Rückenhöhe	50	<input type="checkbox"/>
	42	<input type="checkbox"/>		43-48	<input type="checkbox"/>		48	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	45	<input type="checkbox"/>		49-53	<input type="checkbox"/>		50	<input type="checkbox"/>	Körpergewicht	___	<input type="checkbox"/>
	47	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>

4.2 Elektro-Fahrstuhl für den AUSSENBEREICH (Angaben in cm):

Sitztiefe	40	<input type="checkbox"/>	Sitzbreite	38-42	<input type="checkbox"/>	Sitzhöhe	45	<input type="checkbox"/>	Rückenhöhe	50	<input type="checkbox"/>
	44	<input type="checkbox"/>		43-48	<input type="checkbox"/>		48	<input type="checkbox"/>		52	<input type="checkbox"/>
	47	<input type="checkbox"/>					51	<input type="checkbox"/>	Körpergewicht	___	<input type="checkbox"/>

6. Ausstattung:

Kopfstütze	<input type="checkbox"/>	Beinstützen	winkelverstellbar	<input type="checkbox"/>
Stockhalter	<input type="checkbox"/>	Sitzneigung	elektronisch verstellbar	<input type="checkbox"/>
Anpassrücken	<input type="checkbox"/>	Rückenverstellung	elektronisch	<input type="checkbox"/>
Kein Lumbalknick	<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: