

# Hilfsmittelverordnung

## Fremdkraftbetriebener Bewegungstrainer

### Patientenstammdaten:

Vor- & Zuname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		
	ggf. Ansprechpartner:	<input type="text"/>	
Kostenträger:	<input type="text"/>		
Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>		

### Diagnose/Symptome:

(nur die für diese Verordnung relevante Diagnose ggf. mit Datum angeben)

  

### Verordnetes Hilfsmittel:

**Fremdkraftbetriebener Bewegungstrainer: THERA-Trainer tigo**

**Ausstattungsvariante/Konfiguration:** siehe Konfigurationsblatt

### Medizinische Begründung:

Oben genannte Person benötigt im Rahmen der häuslichen Rehabilitation das genannte Hilfsmittel, um

- den **Erfolg der therapeutischen Heilbehandlung zu sichern/zu verbessern,**
- den **Fortschritt der Erkrankung/Behinderung zu verlangsamen/verhindern oder auszugleichen,**
- die **Teilhabe am selbstbestimmten Leben in der Gesellschaft zu erhalten/wiederherzustellen**
- und **um die Grundbedürfnisse weitgehend erfüllen zu können.**

Aufgrund des bestehenden Krankheitsbildes ergibt sich die Indikation für kontinuierliche Bewegungstherapie. Der Behandlungserfolg von Physio-/Ergotherapie wird dadurch gesichert und effektiviert. Wir bitten um Kostenübernahme des Hilfsmittels in entsprechender Ausführung. Bitte beachten Sie dazu den zugehörigen Erprobungsbericht.

### Der Einsatz eines aktiven Beintrainers (z. B. Fahrradergometer ohne Motor) ist nicht möglich, da:

- eine Motorunterstützung für passives/assistives Training benötigt wird
- mit den vorgegebenen Pedalwiderständen krankheitsbedingt nicht getreten werden kann
- der Patient nicht auf einem normalen Sattel sitzen und/oder sich halten kann
- die Beweglichkeit des Patienten aufgrund einer Spastik und/oder Kontrakturen eingeschränkt ist
- eine Führung/Sicherung der Füße/Beine krankheitsbedingt notwendig ist

Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Stempel behandelnder Arzt



# Erprobungsbericht

## THERA-Trainer tigo

### Patientenstammdaten:

Vor- & Zuname:  Geburtsdatum:

Straße, Nr.:  PLZ, Ort:

### Es liegt eine neurologische bzw. neuromuskuläre Erkrankung mit folgenden Einschränkungen vor:

Funktions- ebene	Muskelkraft	vermindert	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
	Bewegung/ Koordination	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
		fehlend	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
	Spastik (einschießend)	vorhanden	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
	Steifigkeit (Rigor)	vorhanden	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)

Aktivitäts- ebene	Rumpfstabilität	<input type="checkbox"/>	freier Sitz	<input type="checkbox"/>	kein freier Sitz
	Stehen	<input type="checkbox"/>	nicht stehfähig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe
	Gehfähigkeit	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> Meter:	<input type="text"/>
		mit Begleitperson	<input type="checkbox"/>	mit Hilfsmittel:	<input type="text"/>
		erhöhte Sturzneigung	<input type="checkbox"/>	durch Spastik beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	vollständig	<input type="checkbox"/>	teilweise	

### Erprobungsort:

- zu Hause  
 Klinik  
 Praxis

(Adresse, falls nötig)

Erprobungszeitraum: am  bzw. von  bis

Eingebundener Fachhändler:

### Bedienung des THERA-Trainers:

- selbständig  mit Hilfe durch Angehörige, Therapie, Pflege gewährleistet

### Einwilligung zur Verwendung personenbezogener Daten

Die für die Durchführung der Beratung und weiteren Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten wurden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

### Widerrufsbelehrung:

Diese Einwilligung kann entsprechend der DSGVO jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe der genannten Daten zur o.g. Nutzung und erkläre, dass ich die obenstehende Widerrufsbelehrung verstanden habe.

Weitere Informationen finde ich unter [www.thera-trainer.com/datenschutz](http://www.thera-trainer.com/datenschutz).

Datum

Unterschrift Patient/ ggf. gesetzlicher Vertreter