

Hilfsmittelverordnung

Thera-Trainer – Standing & Balancing

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)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |

Verordnetes Hilfsmittel:

- Thera-Trainer balo (dynamischer Stehtrainer)
 Thera-Trainer verto (statischer Stehtrainer)

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.**

Die medizinische Indikation für die Verordnung ist somit gegeben. Bei der vorliegenden Erkrankung ist tägliche, kontinuierliche Therapie erforderlich. Das Hilfsmittel soll diese tägliche Therapie ermöglichen. Dadurch wird der Ansatz der Physio-/Ergotherapie noch effektiver. Daher bitte ich um Kostenübernahme des Hilfsmittels. Beachten Sie bei Ihrer Entscheidung ebenfalls den zugehörigen Anpassungsbericht.

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Stempel behandelnder Arzt

Konfigurationsblatt

Thera-Trainer – Standing & Balancing

Thera-Trainer balo 536

Art.-Nr. A001-494

Hilfsmittelnummer: 28.29.01.1042



Grundausrüstung (ohne Software)

- Basis-Einheit
- Vorderfußschnellsicherung
- Fersenschnellsicherung
- Balance-Einheit lang mit niedriger Federkraft
- Kniepelotten-Set breit (für Kniebreiten bis ca. 140 mm)
- Beckenpelotten-Set
- Tischeinheit Thera-Trainer balo 445 x 720 mm mit langem Vertikalrohr

Zusatzausrüstung

- Elektrisches Aufrichtsystem (A002-358)
- Patiententhaltegurt mit Beinschlaufen u. Boden
 - Größe S (A002-352) Größe L (A002-354)
 - Größe M (A002-353) Größe XL (A002-355)
- Kniepelotten-Set (A002-671) (für Kniebreiten bis ca. 120 mm)
- Trittlächenverlängerung Anschlussfläche (A004-915)
- Oberkörperpelotte (A002-356)
- Armauflagekissen (A002-428)

Thera-Trainer verto 514

Art.-Nr. A002-379

Hilfsmittelnummer: 28.29.01.1054



Grundausrüstung

- Basis-Einheit
- Vorderfußschnellsicherung
- Fersenschnellsicherung
- Stand-Einheit lang
- Kniepelotten-Set breit (für Kniebreiten bis ca. 140 mm)
- Beckenpelotten-Set
- Tischeinheit Thera-Trainer verto 650 x 720 mm mit langem Vertikalrohr

Zusatzausrüstung

- Elektrisches Aufrichtsystem (A002-358)
- Patiententhaltegurt mit Beinschlaufen u. Boden
 - Größe S (A002-352) Größe L (A002-354)
 - Größe M (A002-353) Größe XL (A002-355)
- Kniepelotten-Set (A002-671) (für Kniebreiten bis ca. 120 mm)
- Trittlächenverlängerung Anschlussfläche (A004-915)
- Oberkörperpelotte (A002-356)
- Armauflagekissen (A002-428)

Individuelle Konfiguration (siehe Unterlagen des Herstellers)

 Hilfsmittelnummer:

Anpassungsbericht

Thera-Trainer – Standing & Balancing

Patientenstammdaten:

Vor- & Zuname: Geburtsdatum:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Oben genannte Person hat den Thera-Trainer kennengelernt und unter therapeutischer Anleitung erfolgreich erprobt. Er/Sie ist motiviert, das Training zu Hause fortzusetzen und ist mit der Handhabung des Thera-Trainers vertraut. **Der behandelnde Therapeut und die Angehörigen befürworten das Training mit dem Thera-Trainer. Während der gesamten Anpassung sind keine unerwünschten Nebenwirkungen aufgetreten.**

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 | <input type="checkbox"/> | Nein | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Meter | <input type="checkbox"/> | mit Begleitperson | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | mit Hilfsmittel: | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | erhöhte Sturzneigung | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | durch Spastik beeinträchtigt | | | | | | | | |
| | Rollstuhl- abhängigkeit | <input type="checkbox"/> | vollständig | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | teilweise | | | | | | | | | |

Ziele (Funktionsebene):

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aktivierung und Erhalt der (Rest-)Muskelkraft |
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Balance |
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Koordination |
| <input type="checkbox"/> | Verminderung von Spastik und Steifigkeit (Rigor) |
| <input type="checkbox"/> | Erhalt/Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit |
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung von Kreislauf und Stoffwechseltätigkeit |
| <input type="checkbox"/> | Förderung der Durchblutung (Thromboseprophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> | Minderung von Wassereinlagerungen (Ödeme) |
| <input type="checkbox"/> | Reduzierung von Medikamenten und Nebenwirkungen |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: <input type="text"/> |

Ziele (Aktivitätsebene):

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Erhalt/Verbesserung der Rumpfstabilität |
| <input type="checkbox"/> | Erhalt und Förderung der eigenen Mobilität |
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung selbständiger Transfers |
| <input type="checkbox"/> | Förderung der Steh-/Gehfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> | Reduktion der Sturzgefahr |
| <input type="checkbox"/> | Stärkung phys. und psych. Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> | Förderung der Alltagskompetenz (ADL) |
| <input type="checkbox"/> | Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: <input type="text"/> |

Anpassungsort:

- zu Hause
 Klinik
 Praxis

(Adresse, falls nötig)

Anpassungsdatum:

Eingebundener Fachhändler:

Art des Trainings:

- Der Patient kann sich mit Unterstützung aktiv im Stand bewegen.
 Der Patient kann passiv im Stand mobilisiert und bewegt werden.

Art und Umfang der Therapie:

- Physiotherapie an: Tagen/Wochen à Min./Einheit
 Ergotherapie an: Tagen/Wochen à Min./Einheit

Ergänzende Angaben des Therapeuten:

Datum

Unterschrift Therapeut

Ergänzende Angaben des Patienten:

Ich empfand das THERA-Training während der Erprobung sehr hilfreich und stärkend. Das THERA-Training regelmäßig zu Hause weiterführen zu können, ist mir sehr wichtig.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Begründung aus wissenschaftlichen Studien und Leitlinien zum „dynamischen Stehtraining“

- **Dynamisch unterstütztes Stehtraining ist effektiver als statisches Stehtraining mit einem konventionellen Stehtrainer (belegt durch eine randomisiert kontrollierte Studie, welche dem expliziten Vergleich von statischem und dynamischem Stehtraining dient und zeigt, dass das Training auch durch Hilfspersonen (Nicht-Therapeuten) sicher durchgeführt werden kann):** "dynamic supported standing practice has to be more effective than static standing in a conventional standing frame." Braun, T., Marks, D., Thiel, C. et al. (2016). *Effects of additional, dynamic supported standing practice on functional recovery in patients with sub-acute stroke. Clinical Rehabilitation, 30(4), 374-82.*
- **Die Durchführung von aufgabenorientiertem Stehtraining mit visuellem Feedback für Patienten, deren Stehfähigkeit eingeschränkt ist, wird empfohlen (höchster Empfehlungsgrad):** "Dynamic task-specific standing practice with feedback may be provided for people who have difficulty in standing." [Level 1 Recommendation] *National Stroke Foundation. (2015). Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery*
- **Ein Training der posturalen Kontrolle in Kombination mit visuellem Feedback verbessert die posturale Schwingung, also das Gleichgewicht (höchster Empfehlungsgrad):** "It has been demonstrated that exercising postural control with visual feedback improves the postural sway in stance." [Level 1 Recommendation] *National Stroke Foundation. (2015). Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery*
- **Patienten sollen Gleichgewichtsübungen durch verschiedene Tätigkeiten trainieren. Variiert werden können visuelle Einflüsse, die Art und Größe der Unterstützungsfläche, die Position (Verschiebung) des Körperschwerpunktes und das Level der Ablenkung (single-, dual-, multi-tasking):** "The guideline development team recommends having patients exercise balance while they are performing various activities, in various conditions regarding visual dependence, type of surface, width of the supporting surface, shifting the body's center of gravity and level of distraction during task performance (i.e. combined tasks)." *Royal Dutch Society for Physical Therapy. (2014). KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy*
- **Ein Balancetraining kann unter Einsatz eines Stehtrainers durchgeführt werden:** "Standing balance can also be exercised using a standing frame." *Royal Dutch Society for Physical Therapy. (2014). KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy*

Die oben genannten Quellen zeigen die aktuelle Evidenz umfassend und geben eindeutige Empfehlungen für klinische und außerklinische Praxis. Sie basieren auf den neuesten Studien und Meta-Analysen, die mit höchster Qualität bewertet werden.