

### Angaben Sanitätshaus

 Datum 

 Name Sanitätshaus 

 Name Fachberater 

 E-Mail  Telefon 

\*Hinweis: Entsprechend der Medical Device Regulation (MDR - Verordnung EU 2017/745) ist es erforderlich, dass wir (Hersteller von Sonderanfertigungen) alle für die Fertigung notwendigen Patientendaten und auch die zugrundeliegende ärztliche Verordnung (in Kopie) erhalten. Anhand einer technischen Indikation und ausführlichen Zustandserhebung, die anatomische, pathologische und allgemeine Gesichtspunkte berücksichtigt, stimmen wir die Versorgung individuell auf den Patienten ab.

### Angaben zum Patienten

 Vorname, Name  Geschlecht  M  W  D

 Adresse  **GMFCS Level** (siehe Anl.) 

 Geburtsdatum  Kostenträger/KK 

 Bezugsperson, Betreuer 

 Name Arzt/Therapeut 

### Anlass der Versorgung

 Erstversorgung     Zweitversorgung     Umversorgung     Zurüstung     Anpassung

 Kopie ärztl. Verordnung beigelegt  **Verordnender Arzt (med. Einrichtung)** 

### Spezifische Merkmale der Sonderanfertigung entsprechend ärztl. Verordnung

 Kopfstütze     Thoraxpelotten     Armlagerung     Positionssicherung Becken  
 Therapietisch     Beinführung     Fußstütze     Positionssicherung Rumpf

### Einsatzort der Sitzschale

 im Haus     außer Haus     Transport im PKW     Institution     berufl. Tätigkeit

### Besondere örtlichen Gegebenheiten:

### Zielsetzung der Versorgung

<input type="checkbox"/> Teilhabe am familiären und öffentlichen Leben	<input type="checkbox"/> Sicherer Transport im Haus
<input type="checkbox"/> Sicherer Transport außer Haus	<input type="checkbox"/> Erweiterung des eigenständigen Lebensradius
<input type="checkbox"/> Ermöglichen einer physiologischen Sitzposition	<input type="checkbox"/> Möglichkeit zur eigenständigen Fortbewegung
<input type="checkbox"/> Ermöglichen und/oder Verbessern der Stehfunktion	<input type="checkbox"/> Vorbeugung/Entgegenwirken von Kontrakturen
<input type="checkbox"/> Stärkung des Skeletts	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Darmtätigkeit
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Atmung	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Durchblutung
<input type="checkbox"/> Dekubitus Minimierung	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Wahrnehmung

### Sonstige Anmerkungen zu den Zielsetzungen

### Anforderungen an die Sitzschale

<b>Sitzschalentyp</b>	<input type="checkbox"/> selbsttragend	<input type="checkbox"/> nicht selbsttragend
<input type="checkbox"/> Sonderanfertigung	<input type="checkbox"/> Liegeschale	<input type="checkbox"/> Schale nach Maß <input type="checkbox"/> Schale nach Abdruck

<b>Transfer durch Lifter</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Antrieb durch Muskelkraft</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
------------------------------	---	----------------------------------	---

<b>Sonstiges:</b>	Sitzdauer in Sitzschale pro Tag: <input style="width: 50px;" type="text"/> Stunden
Dekubitus gefährdet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hüfte luxiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Skoliose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Spastik	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
MS-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>Anforderungen an die Ausstattung</b>	<input type="checkbox"/> siehe ärztl. Verordnung (spezif. Merkmale, Seite 1)
Sonstiges:	<input style="width: 700px;" type="text"/>

### Informationen zum Untergestell

<b>Untergestell vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> UG-Neuversorgung
-------------------------------	---

<b>Rollstuhltyp</b>	<input type="checkbox"/> Aktiv-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Leichtgewicht-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Pflege-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Straßen-Untergestell	<input type="checkbox"/> Zimmer-UG

Medizinische Geräte am Rollstuhl erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gerätetypen:	<input style="width: 700px;" type="text"/>

### Anlagen

**inpasso Maßblatt** ist ausgefüllt und beigelegt:  nein  ja

**Fotodokumentation** durchgeführt und als Anlage beigelegt:  nein  ja

Anprobe/Abdruck wurde erfolgreich durchgeführt am:

### Datenschutz

Dieses Formular wird ausschließlich von den an der Versorgung Beteiligten genutzt und unterliegt der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die Erhebung von personenbezogenen Daten dient ausschließlich dem Zweck, die ärztlich verordnete Leistung erfüllen zu können.

### Unterschriften der Beteiligten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten einschließlich Fotodokumentation zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung zur weiteren Auswertung auf diesem Formular festgehalten werden.

	Name (lesbar)	Datum	Unterschrift
Patient (bzw. Betreuer oder Bezugsperson)			
Arzt/Ärztin bzw. Therapeut			
Fachberater Sanitätshaus			
Fachberater inpasso GmbH			

Das ausgefüllte Formular, inkl. der Anlagen kann digital an die E-Mail-Adresse des zuständigen inpasso Fachberaters oder an [info@inpasso.de](mailto:info@inpasso.de) gesendet werden.

### Betroffenheitslevel in der Sitzschalenversorgung (Info zu GMFCS)

Die fachgerechte Sitzschalenversorgung bedarf einer exakten Indikationsstellung, der Zielformulierung der Versorgung auf Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit („International Classification of Functioning, Disability and Health“ – ICF) sowie der regelmäßigen Kontrolle durch die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten und durch den Leistungserbringer.

Um den Schweregrad einer Behinderung zu beschreiben, hat sich zudem das „Gross Motor Function Classification System“ (GMFCS) für Kinder und Jugendliche mit Cerebralpareesen etabliert. Es dient der groben Orientierung über den Schweregrad einer Behinderung und die Fähigkeiten der Betroffenen, besonders hinsichtlich der Mobilität und des Sitzvermögens.

Kinder und Jugendliche mit Cerebralparese werden dazu in **fünf Betroffenheitslevel** eingeteilt. Die Notwendigkeit einer Versorgung mit einer individuell und körpernah angepassten Sitzeinheit ist meist in den GMFCS Level IV und GMFCS Level V gegeben:

- **GMFCS Level I:** Das Gehen ist ohne Einschränkungen möglich.
- **GMFCS Level II:** Das Gehen ist mit Einschränkungen möglich.
- **GMFCS Level III:** Das Gehen ist mit Gehhilfen möglich. Das selbstständige Sitzen ist möglich. Für größere Wegstrecken kann ein Greifreifenrollstuhl (gegebenenfalls mit einer Sitzzurüstung) erforderlich werden.
- **GMFCS Level IV:** Die selbstständige Fortbewegung ist eingeschränkt. Eine Rollstuhlnutzung (gegebenenfalls Elektrorollstuhlnutzung) mit einer individuell und körpernah angepassten Sitzeinheit zum Erhalt der Sitzfähigkeit kann erforderlich werden.
- **GMFCS Level V:** Eine Selbstständigkeit in der Fortbewegung ist nicht gegeben. Die Versicherte oder der Versicherte ist von umfangreichen Einschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane betroffen, die sich auch auf die Kopf- und Rumpfkontrolle auswirken. Ein Rollstuhl inklusive einer individuell und körpernah angepassten Sitzeinheit ist in der Regel erforderlich.

