

# 1. Rollstuhl- / Sitzschalenversorgung - Zustandserhebung

- Checkliste und Protokoll -

Beurteilung durch:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## 1.1 Einführendes Gespräch, Berufs- und Freizeittätigkeit

Vorgehensweise bei der Zustandserhebung erläutern (emotionale / psychische Aspekte, insbesondere bei Erstversorgungen berücksichtigen)

Stammdaten des/der Patient\*in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Lieferadresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Betreuer\*in: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

beh. Arzt / med. Einrichtung: \_\_\_\_\_

Physio- / Ergoth.: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Patient\*in: männlich  weiblich  divers

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ linkshändig  rechtshändig

Diagnose (Grund der Versorgung): \_\_\_\_\_

Pathogenese: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

weitere  
Angaben:  
**1.3 Kli-  
nische  
Untersu-  
chung**

(Angaben zu GMFCS siehe Seite 2)

bisherige Versorgung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

begleitende Versorgungsungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Regionales Umfeld / häusliches Umfeld:

Topographie: eben  hügelig  Gehwegqualität: \_\_\_\_\_

Wohnung:

Treppen: \_\_\_\_\_ Lift: \_\_\_\_\_ Rampen: \_\_\_\_\_

Fußböden: \_\_\_\_\_ Schwellen: \_\_\_\_\_

Türbreiten: \_\_\_\_\_ Engpässe: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Erledigungen des täglichen Lebens:

(z.B. Haushalt / Hobbys - Freizeit / Einkäufe / Körperpflege etc.)

selbständig  Pflegeabhängigkeit (Grad)  GMFCS

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Mobilität:

Transfer: selbständig  Hilfe: \_\_\_\_\_

kurzzeitiges Stehen / Gehen: selbständig  Hilfe: \_\_\_\_\_

Hilfsmittelantrieb: Greifreifen  „trippeln“  Schiebetrieb  Motor

PKW-Nutzung: selbständig  Hilfe: \_\_\_\_\_

öffent. Verkehrsm.: selbständig  Hilfe: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Mobilitätsgrad (nur bei selbständigem Hilfsmittelantrieb):

Innenbereichsfahrer\*in  eingeschränkte Außenbereichsfahrer\*in

uneingeschränkte Außenbereichsfahrer\*in  → mit besonders hohen Ansprüchen

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Tätigkeiten:

Beruf: \_\_\_\_\_ spezielle Hilfsmittelanforderung: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_ spezielle Hilfsmittelanforderung: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_ spezielle Hilfsmittelanforderung: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## 1.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

- zusätzliche Behinderungen: \_\_\_\_\_
- ständige Therapien: \_\_\_\_\_
- Einschränkungen in der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit: \_\_\_\_\_
- Inkontinenz: \_\_\_\_\_
- Allergien: \_\_\_\_\_ welche Auswirkungen: \_\_\_\_\_
- Herz, Kreislauf, Stoffwechselerkrankungen: \_\_\_\_\_
- Schmerzsymptomatik (allgemein): \_\_\_\_\_
- Medikamenteneinnahmen: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 1.2.1 psychische Situation / psycho-soziales Umfeld

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1.3 Klinische Untersuchung

- Wachstum: abgeschlossen  nicht abgeschlossen  \_\_\_\_\_

- Haltung / Bewegungskoordination:

- Sitzstabilität: \_\_\_\_\_
- Rumpfkontrolle: \_\_\_\_\_
- Kopfkontrolle: \_\_\_\_\_
- spastische / dystone Bewegungsmuster: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (SRW siehe Seite 5)

- Reflexmuster: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Asymmetrien: kontrakt: ja nein
- Kopf / HWS: \_\_\_\_\_
  - Rumpf: \_\_\_\_\_
  - Becken: \_\_\_\_\_
  - obere Extremität: \_\_\_\_\_
  - untere Extremität: \_\_\_\_\_
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Funktionsstatus:

- obere Extremität:

links:

rechts:

Schultergürtel/-gelenk

Abduktion/Elevation

Adduktion

Retroversion

Anteversion

Außenrotation

Innenrotation

Ellenbogengelenk

Extension

Flexion

Hand

Pronation

Supination

Extension

Flexion

Radial-/Ulnar-Abduktion

Greiffunktionen

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Rumpf:

vor / links:

rück / rechts:

Becken

Kippung

LWS / BWS

Flexion / Extension

Seitneigung

Rotation

HWS

Flexion / Extension

Seitneigung

Rotation

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

• untere Extremität:

links:

rechts:

Hüftgelenk

Abduktion

Adduktion

Extension

Flexion

Außenrotation

Innenrotation

Kniegelenk

Extension

Flexion

Sprunggelenke

Dorsalextension

Plantarflexion

Eversion

Inversion

SR-Winkel: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Haut / Weichteildeckung:

- |                           |                |                 |                |
|---------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| • Sensibilität :          | gesteigert (+) | unauffällig (0) | geschwächt (-) |
| Wärmeempfinden            | ( )            | Areal:          | _____          |
| Kälteempfinden            | ( )            | Areal:          | _____          |
| Berührungsempfindlichkeit | ( )            | Areal:          | _____          |
| Schmerzempfinden          | ( )            | Areal:          | _____          |

- Haut: normal  Areal: \_\_\_\_\_  
trocken  Areal: \_\_\_\_\_  
schuppig  Areal: \_\_\_\_\_  
nässend  Areal: \_\_\_\_\_

Narben: \_\_\_\_\_

Ödeme: \_\_\_\_\_

Verfärbungen: \_\_\_\_\_

Ulzerationen: \_\_\_\_\_

empfindliche Prominenz: \_\_\_\_\_

rigide Muskel-/Bänderzüge oberflächlich: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Körpertemperatur: normal  gestört: \_\_\_\_\_

- Temperaturempfinden: normal  gestört: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Welche Bekleidung muss in der Versorgung berücksichtigt werden? \_\_\_\_\_

#### 1.4 Zielvereinbarung:

• Konzept: \_\_\_\_\_

• Positionierung / Positionssicherung: \_\_\_\_\_

• techn. Ausführung: \_\_\_\_\_

• Antrieb / Bremsen: \_\_\_\_\_

• Sonstiges: \_\_\_\_\_

Unterschriften:

## 2. Rollstuhl- / Sitzschalenversorgung - Versorgungskonzept

- Checkliste und Protokoll -

Beurteilung durch:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Patient\*in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum : \_\_\_\_\_

### 2.1 Versorgungsziel:

### 2.2 Rollstuhlversorgung

- Auswahl und Antrieb

Standardrollstuhl: \_\_\_\_\_

Leichtgewichtrollstuhl: \_\_\_\_\_

Adaptivrollstuhl: \_\_\_\_\_

↳  Greifreifenan.  Schiebeb.  „trippeln“  Zusatzantrieb motor.: \_\_\_\_\_

Rollstuhl mit Hebelantrieb: \_\_\_\_\_

E-Rollstuhl: \_\_\_\_\_

Multifunktionsrollstuhl: \_\_\_\_\_

sonstiges: \_\_\_\_\_

Rollstuhl: neu  Umbau  Wiedereinsatz  \_\_\_\_\_

Rahmenfarbe: \_\_\_\_\_ Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Komponenten

Rahmen: \_\_\_\_\_

Sitzbespannung: \_\_\_\_\_ Inkontinenzschutz

Sitzkissen: \_\_\_\_\_ Inkontinenzschutz

adaptierte Sitzfläche: \_\_\_\_\_

Rückenbespannung: \_\_\_\_\_ Inkontinenzschutz

fester Rücken: \_\_\_\_\_

Räder hinten: \_\_\_\_\_ Sturz: \_\_\_\_\_ Bereifung: \_\_\_\_\_

Greifreifen: \_\_\_\_\_

Räder vorn: \_\_\_\_\_ Bereifung: \_\_\_\_\_

Seitenteile / Armlehnen: \_\_\_\_\_

- Fußstützen: \_\_\_\_\_
- Bremsen: \_\_\_\_\_
- Kippschutzrollen: \_\_\_\_\_
- Ankipphilfe: \_\_\_\_\_
- Schiebegriffe /-stange: \_\_\_\_\_
- Speichenschutz: \_\_\_\_\_
- Positionssicherungen: \_\_\_\_\_
- sonstige Komponenten: \_\_\_\_\_
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### 2.2.1 Maße zur Rollstuhlversorgung: siehe anliegendes Maßblatt!

## 2.3 Sitzschalenversorgung

### 2.3.1 Untergestell

- Auswahl

- Straßenuntergestell: \_\_\_\_\_
- Rollstuhl: \_\_\_\_\_
- Greifreifenan.  Schiebeb.  „trippeln“  Zusatzantrieb motor.: \_\_\_\_\_
- Zimmeruntergestell: \_\_\_\_\_
- E-Rollstuhl: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Untergestell: neu  vorhanden  Wiedereinsatz  \_\_\_\_\_
- Rahmenfarbe: \_\_\_\_\_ Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Komponenten zum Untergestell

- Rahmen / Modell: \_\_\_\_\_
- ? Sitz- / Rückenbespannung: \_\_\_\_\_
- Räder hinten: \_\_\_\_\_ Sturz: \_\_\_\_\_ Bereifung: \_\_\_\_\_
- Greifreifen: \_\_\_\_\_
- Räder vorn: \_\_\_\_\_ Bereifung: \_\_\_\_\_
- Seitenteile (Armlehnen): \_\_\_\_\_
- Fußstützen: \_\_\_\_\_
- Bremsen: \_\_\_\_\_
- Kippschutzrollen: \_\_\_\_\_

- 
- Ankipphilfe: \_\_\_\_\_
  - Speichenschutz: \_\_\_\_\_
  - Sitzkantelung: \_\_\_\_\_
  - Schiebegriffe /-stange: \_\_\_\_\_
  - Schalenadaption: \_\_\_\_\_
  - Speichenschutz: \_\_\_\_\_
  - sonstige Komponenten: \_\_\_\_\_
- Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### 2.3.2 Sitzschale

- Sitz-Rücken-Winkel: \_\_\_\_\_ (Übertrag aus Zustandserhebung)

- Versorgungsniveau

- schultergürtelfrei: \_\_\_\_\_
- schultergürtelübergreifend: \_\_\_\_\_
- mit HWS u. Hinterhauptintegration: \_\_\_\_\_

- Komponenten zur Sitzschale

- Abduktionskeil: symmetrisch  asymmetrisch  \_\_\_\_\_
- LWS-Stütze: \_\_\_\_\_
- Kopfstütze: \_\_\_\_\_ Ausführung: \_\_\_\_\_
- Armführung: rechts  links  Ausführung: \_\_\_\_\_
- Therapietisch: \_\_\_\_\_ Ausführung: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Technische Ausführung

- Rollstuhlintegrierte Sitzversorgung: \_\_\_\_\_
- Alu-Schale: eingeschäumt  eingefräst  /  Modul  Einfeldfertigung
- \_\_\_\_\_
- Holz-/ GFK-Modul: \_\_\_\_\_
- gezogene Kunststoffschale: \_\_\_\_\_
- FVK / Prepreg-Schale: \_\_\_\_\_
- Fertigung über externen Dienstleister: \_\_\_\_\_
- Schale in Segmentbauweise: \_\_\_\_\_
- Modulares System: \_\_\_\_\_
- Vakuum-Sitzschale: \_\_\_\_\_

- dynamische Sitzschale: \_\_\_\_\_
- eigendynamische Sitzschale: \_\_\_\_\_
- sonstige Konstruktion: \_\_\_\_\_

- Polsterung und Bezüge

- einteilige Polsterung: \_\_\_\_\_
- segmentierte Polsterung: \_\_\_\_\_
- Einpassung extraweicher Polsterstücke / Fluidmaterial: \_\_\_\_\_
- Volumenausgleich Sommer / Winter: \_\_\_\_\_
- Wabenmatte als Decklage: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Bezug: Stoff  Abstandsgewirk  scherkraftreduzierend  sonst.  Muster: \_\_\_\_\_  
einteilig  segmentiert  fest  abnehmbar

- Inkontinenzschutz: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_
- Antidekubitusauflage: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- Positionssicherungen

• Becken

- SIAS-Sicherung: \_\_\_\_\_
- proximale Oberschenkelsicherung: \_\_\_\_\_
- proximale Tibiasicherung: \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_

• Rumpf

- flächige Thoraxanlage: \_\_\_\_\_
- kaudale Thoraxanlage: \_\_\_\_\_
- kraniale Thoraxanlage: \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_

- Kombinationsprodukt: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**2.3.3 Maße zur Sitzschalenversorgung: siehe anliegendes Maßblatt!**

### 3. Rollstuhl- / Sitzschalenversorgung - Maßblatt

Beurteilung durch:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Patient\*in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum : \_\_\_\_\_

Sitz:

- Sitzneigung: \_\_\_\_\_
- S.-R-Winkel: re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_
- Sitztiefe (asym.): re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_
- Sitzhöhe (asym.): re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_
- Kniewinkel: re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_
- OSG-Winkel: re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_
- US-Länge (asym.): re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_

Rückenlehne:

- Höhe: \_\_\_\_\_ (asym.): re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_
- LWS-Stütze: \_\_\_\_\_

Positionssicherungen:

- Becken: \_\_\_\_\_ Spinenabstand: \_\_\_\_\_
- Rumpf: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Armauflagen:

Länge: \_\_\_\_\_ Breite: \_\_\_\_\_  
 Höhe: \_\_\_\_\_ (über Sitzfläche)  
 Einordnung ap: \_\_\_\_\_  
 Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Fuß- Beinstützen:

US-Länge / Höhe: \_\_\_\_\_ (unter Sitzfläche)  
 Länge: \_\_\_\_\_ Breite: \_\_\_\_\_  
 geteilt  durchgehend   
 Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Abduzierende Beinführung:

Länge: \_\_\_\_\_  
 Breite: \_\_\_\_\_  
 Höhe: \_\_\_\_\_  
 Abstand Rückenf.: \_\_\_\_\_  
 Abstand re.: \_\_\_\_\_ li.: \_\_\_\_\_

