

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: _____ Telefon: _____

Lieferadresse: _____ Telefon: _____

Angehörige: _____ Telefon: _____

Betreuer*in: _____ Telefon: _____

beh. Arzt / med. Einrichtung: _____ Telefon: _____

Physio- / Ergoth.: _____ Telefon: _____

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 Versorgung: _____

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“ ☐ Schiebebetrieb ☐ Motor ☐

PKW-Nutzung: selbständig ☐ Hilfe: _____

öffentl. 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 Prominenzen: _____

☐ 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 - Technische Indikation

- 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 ☐ Einzelfertigung ☐
 - _____
 - ☐ 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:

Länge: _____ Breite: _____

Höhe: _____ (unter Sitzfläche)

geteilt ☐ durchgehend ☐

Bemerkungen: _____

Abduzierende Beinführung:

Länge: _____

Breite: _____

Höhe: _____

Abstand Rückenf.: _____

Abstand re.: _____ li.: _____

