Rollstuhl- / Sitzschalenversorgung – Anprobe / Abgabe

- Checkliste und Protokoll -

Beurteilung durch: Name:_____ Datum:_____

Patient: Name:_____ Geb. Datum:_____

Vorlauf zur Anprobe

Vorbereitende Arbeiten

- Checklisten *Zustandserhebung* und *Technische Indikation* müssen berücksichtigt werden.
- Überprüfen der Versorgung nach technischer Ausführung und allgemeinen Sicherheitskriterien: Sicherheit von Montagen und Verbindungen, Verletzungspotentiale an Ecken, Kanten, etc..

Einführendes Gespräch

- Gesundheitszustand zum Anprobetermin:_____
- Änderungen des Gesundheitszustandes seit der Zustandserhebung / Maßnahme

  _____
- Anprobe heute sinnvoll? ja ☐ / nein ☐: Begründung:_____
- Rekapitulation Zielvereinbarung (aus *Zustandserhebung*):
  - Konzept:_____
  - Positionierung / Fixierung:_____
  - techn. Ausführung:_____
  - Antrieb / Bremsen:_____
  - Sonstiges:_____
- Erläuterung des Anprobeablaufs sowie des Rohbauzustandes der Versorgung:
  - Patientenreaktion:_____
- Kleidung: Entspricht die Bekleidung dem, was in der Versorgung getragen werden soll? _____

Transfer

- selbständig ☐ mit Hilfe ☐ Bemerkungen:_____
- Patient unterstützt Transfer durch notdürftiges Stehen / Gehen? ja ☐ / nein

Bemerkungen:_____

Anprobe

Ausschlussfaktoren

! Probleme bei hier genannten Anprobekriterien erfordern sofortige Änderung !

- Kontakt Gesäß / Rückenfläche gegeben?_____
- Kniekehlenausschnitt: Spalt:_____ Profil:_____
- Achselausschnitt: Spalt:_____ Profil:_____
  - Seitliche Rumpfführung: Neigung:_____ Wandungsstärke:_____
- Abstützung Füße / Fußbrett gegeben?_____
  - Stellung der Fußgelenke?_____
  - Positionssicherung für Füße?_____

Bemerkungen:_____

! Ab hier Reihenfolge von Kontrollen und Änderungen ggf. situativ entscheiden !

Volumen

- Beidseitig Platz für flache Hand zwischen Körper und Seitenwand?_____

Bemerkungen:_____

Randverlauf (ohne Kniekehle und Achselfalte)

- Rücken –funktionell wichtig-:
  - unter Schulterblättern (bei guter Funktion der o. Extr.)?_____
  - Schulterblätter eingefasst (bei fehlender Funktion d. o. E.)?_____
- sonstige Randverläufe: Überstände entfernen:_____

Bemerkungen:_____

Positionierung

- Sitz-Rücken-Winkel: (Zielvorgabe berücksichtigt?) _____
- Kopf in Fortbewegungsrichtung orientiert? _____
- Lotverlauf: (Kopf in Medianebene) _____
- Kantelmechanik: (Positionierungsaspekt)_____

Bemerkungen:_____

Profile u. knöcherne Prominenzen

! Palpatorische Kontrolle erforderlich **!**

- LWS-Stütze: (auf Beckenkammhöhe) _____
- Tuber ossis ischii: (in Tubermulde) _____
- Steiß-/Kreuzbein: (Prominenz entlasten) _____
- Trochanteren: (Prominenz entlasten) _____
- Schulterblätter: (freischneiden o. Promi. entlasten) _____

Bemerkungen:_____

Lastverteilung

! Vollkontakt erforderlich **!**

- Palpatorische Kontrolle:_____
- optional ergänzende Sitzdruckmessung:_____

Bemerkungen:_____

Abduzierende versus adduzierende Beinführung

! Hüftzentrierung, *Erleichterung der Beckenaufrichtung, Sicherung von Pflegemöglichkeiten* **!**

- Ausführung:_____
- Position:_____
- Bedienbarkeit:_____

Bemerkungen:_____

Kopfstütze (falls erforderlich)

! Sicherung von Kopf- und HWS-Position **!**

- Ausführung:_____
- Position:_____
- Funktion:_____

Bemerkungen:_____

Armlagerung / Therapietisch

! Übernahme der Armgewichte, anatomisch/funktionelle Anpassung **!**

- Ausführung:_____
- Position:_____
- Funktion:_____

Bemerkungen:_____

Positionssicherungen (falls erforderlich)

- auf Becken wirkend:_____
- auf Rumpf wirkend:_____
- Kombinationsprodukt:_____
- Kontrolle:
  - Position:_____
  - Passform:_____
  - Funktion:_____
  - Bedienbarkeit:_____

Bemerkungen:_____

Sitzhöhe/-neigung, Kantelmechanik

- vorn:_____
- hinten:_____
  - Neigung:_____Rutschtendenzen:_____
- Unterfahrbarkeit von Tischen:_____
- Kantelmechanik: (techn. Aspekt)_____

Bemerkungen:_____

Antrieb und Funktionsaspekte

Manueller Antrieb

Antriebsräder / Fahrwerksgeometrie, Greifreifen / Greifbogen:

- Position u. Größe:_____ Bereifung:_____
  - Schwerpunktlage Optimierung:_____ Kippschutz:_____
- Sturz:_____ Greifreifen:_____
  - nutzbarer Greifbogen:_____
- Verletzungsgefahren:_____ Speichenschutz:_____
- Servoantrieb?_____ Ausführung:_____ Handling_____

Bemerkungen:_____

Trippel - Antrieb

links ☐ / rechts ☐ Schub ☐ / Zug ☐ Fuß-Boden-Kontakt:_____

- Sitzneigung (s.o.):_____ Rutschtendenzen:_____
- Schwerpunktlage Optimierung:_____ Kippschutz:_____
- Verletzungsgefahren
  - Fußfreiraum:_____

Bemerkungen:_____

Schiebebetrieb

- Schiebegriffe/-stange:_____
- Servoantrieb?_____ Ausführung:_____ Handling_____
- Ankipphilfe:_____
- Verletzungsgefahren:_____

Bemerkungen:_____

Motorantrieb

Indoorbetrieb ☐ Outdoorbetrieb ☐

- Bedienelemente Selbstfahrer:_____
- Bedienelemente Begleitperson:_____
- Abstellmöglichkeit:_____
- Lademöglichkeit (Batterien):_____
- Fahrerlaubnis:_____Zulassung:_____
- Versicherungsschutz:_____
- Verletzungsgefahren:_____

Bemerkungen:_____

Lenkräder (Schwenkräder):

- Position u. Größe:_____ Bereifung:_____
- Verletzungsgefahren:_____
- Schwenkachse senkrecht?_____

Bemerkungen:_____

Bremsanlage:

- Bedienung Selbstfahrer:_____
- Bedienung Begleitperson:_____
- Wirkung:_____
- Verletzungsgefahr:_____

Bemerkungen:_____

Zubehör

_____

_____

_____

_____

Zielvereinbarung – Überprüfung, ggf. Neudefinition

- Zielvereinbarung (s.o.): eingehalten ☐ nicht eingehalten ☐
  - Gründe:_____
  - notwendige Änderungen:_____
- Sonstiges:_____