Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

MTK CTM
MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG
COMMISSION DES TARIFS MÉDICAUX LAA
COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF

SWISS MEDTECH

ORS Ortho Reha Suisse

Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls

Allgemeine Bemerkung: Die ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls muss nur bei Rollstuhl-Neuversorgungen oder einer veränderten gesundheitlicher Ausgangslage (Regression und Progression) ausgefüllt werden. Dieses Formular ist dem ausführenden Leistungserbringer zuzustellen.

Patientenangaben:					
Name:		**Vorname:**		**Geb. Datum:**	
AHV/Vers.Nr:					

Einteilung Behinderungsgrad der versicherten Person					
	(BG I) ☐	**Person läuft kurze Strecken frei oder mit Gehstock.** Lange Strecken nur mit Rollstuhl, evtl. mit Elektroantrieb/Elektromobil /Elektrorollstuhl.		**(BG II)** ☐	**Person kann einige Schritte mit Hilfe einer Drittperson oder mit Unterstützung eines Hilfsmittels* gehen.** Im Innen- und Aussenbereich auf den Rollstuhl angewiesen. Im Aussenbereich evtl. mit Elektroantrieb/Elektromobil/Elektrorollstuhl.
	(BG III) ☐	**Keine Gehfähigkeit. Person ist zur selbständigen Fortbewegung vollständig auf den Rollstuhl angewiesen.** Handrollstuhl, ev. mit Elektroantrieb/Elektrorollstuhl mit Standard-Steuerung.		**(BG IV)** ☐	**Keine selbständige Fortbewegung mit einem Handrollstuhl, möglich. Person kann nur mit Rumpfstabilisierung/ -führung im Rollstuhl sitzen.** Sämtliche Alltagstätigkeiten können nur mit Hilfe bewältigt werden. Selbständige Bedienung eines Elektrorollstuhls ist je nach Krankheitsbild möglich. **ALS-Betroffene sind immer nach BG IV zu versorgen.**

* Krückstöcke, Rollatoren, Prothesen, Orthesen etc.

1.	**Beckenposition**		**Ja**	**Nein**	**Versorgungsoption**
1.1	Kann die versicherte Person die Beckenposition selbständig kontrollieren?		☐	☐	Option auf einfaches Sitzkissen
1.2	Bewegt die versicherte Person das Becken unkontrolliert im Stuhl oder benötigt guten Halt für die Ausführung der Bewegungen der oberen Extremitäten?		☐	☐	Option auf Positionierungskissen/ Stabilisierung/Fixierung des Beckens
1.3	Besteht die Gefahr eines Dekubitus im Beckenbereich?		☐	☐	Option auf Antidekubituskissen/ Stabilisierung/Fixierung des Beckens
	Bei «Ja» unter 1.1 oder 1.2 plus eine der folgenden Voraussetzungen:				
	1.3.1	verminderte Sensibilität	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen
	1.3.2	anatomische Anomalität	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen
	1.3.3	schlechter Allgemeinzustand (z.B. Kachexie)	☐	☐	Option auf Antidekubituskissen

2.	**Rumpfstabilität**	**Ja**	**Nein**	**Versorgungsrelevanz**
2.1	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung des Rumpfes **einfache** Unterstützung?	☐	☐	Option auf Rumpfstabilisierung
2.2	Braucht die versicherte Person zur Stabilisierung/Entlastung/ Führung des Rumpfes **mehr als eine einfache** Unterstützung?	☐	☐	Option auf Spezialrücken

3.	Kopf		Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
3.1	Benötigt die versicherte Person zur Stabilisierung des Kopfes Unterstützung?		☐	☐	Option auf individuelle Versorgung
	3.1.1	Einfache Unterstützung notwendig?	☐	☐	Option auf Kopfstütze standard
	3.1.2	Braucht die versicherte Person eine Stabilisierung/ Entlastung/Führung zur Kontrolle des Kopfes?	☐	☐	Option auf Kopfstütze spezial
	3.1.3	Transport mit Rollstuhl in Fahrzeug (eigenes Auto, Behindertentransport)?	☐	☐	Kopfstütze wird von IV nicht übernommen.

4.	Untere Extremitäten		Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
4.1	Leidet die versicherte Person unter einer eingeschränkten Abduktion im Hüftbereich?		☐	☐	Option auf Abduktionskeil
4.2	Leidet die versicherte Person unter einer eingeschränkten Adduktion im Hüftbereich?		☐	☐	Option auf Beinführung/-stabilisierung
4.3	Leidet die versicherte Person unter einer ungenügenden Kniebeugung (< 60 Grad)		☐	☐	Option auf Beinstützen Kniewinkel einstellbar
	4.3.1	**Elektrorollstuhl:** Sitzt die versicherte Person im Elektrorollstuhl und kann die Beinposition ohne elektrische Beinverstellung nicht ändern?	☐	☐	Option auf Beinstützen Kniewinkel elektrisch einstellbar
4.4	Benötigt die versicherte Person zur Beinkontrolle Unterstützung?		☐	☐	Option auf Beinführung/-stabilisierung/ -fixierung
4.5	Bestehen versorgungsrelevante Missbildungen, Kontrakturen oder Amputationen?		☐	☐	Option auf Beinführung/Beinstabilisierung/Beinpolsterung/Fusspolsterung/ Amputationsbeinstütze oder Stumpfauflage

5.	Obere Extremitäten	Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
5.1	Kann die versicherte Person den Handrollstuhl nur mit Hilfe von Spezialgreifreifen aufgrund von motorischen und/oder sensorischen Einschränkungen selbständig antreiben?	☐	☐	Option auf Spezialgreifreifen
5.2	Braucht die versicherte Person anstelle einer Standard-Armauflage eine anatomische Arm- und/oder Handauflage?	☐	☐	Option auf anatomische Arm- und/oder Handauflage
5.3	Benötigt die versicherte Person zur Armkontrolle Unterstützung?	☐	☐	Option auf Armführung/-stabilisierung/ -fixierung
5.4	Braucht die versicherte Person, welche keine genügende Rumpfstabilität hat, für ihre Alltagsbedürfnisse (z.B. Essen, Kommunikation usw.) einen Rollstuhltisch?	☐	☐	Option auf Rollstuhltisch

6.	Allgemeine Fragen		Ja	Nein	Versorgungsrelevanz
6.1	Ist die versicherte Person inkontinent?		☐	☐	Option auf Ersatzbezüge
6.2	Sind hygienische Zusatzversorgungen aufgrund von Sonden-Ernährung, Erbrechen, vermehrtem Speichelfluss nötig?		☐	☐	Option auf Ersatzbezüge
6.3	Ist die versicherte Person kleiner als 150 cm		☐	☐	Option auf Kinderrollstuhl
6.4	Ist die versicherte Person schwerer als ?				
	6.4.1	**140 kg**	☐	☐	Option auf XXL-Versorgung Handrollstuhl
	6.4.2	**160 kg**	☐	☐	Option auf XXL-Versorgung Handrollstuhl/ XXXL-Versorgung Elektrorollstuhl
	6.4.3	**180 kg**	☐	☐	Option auf XXXL Hand- und/oder Elektrorollstuhl
6.5	Benötigt die versicherte Person speziellen Witterungsschutz?		☐	☐	Option auf Regencape, Regendach, Wärmesack
6.6	Benötigt die versicherte Person eine Transferhilfe (z.B. Rutschbrett, Drehscheibe)?		☐	☐	Option auf Transferhilfe
6.7	Besteht ein pathologisches Bewegungsmuster (Hyper- oder Hypotonie)? **Nur für Kinderversorgungen relevant und anzugeben**		☐	☐	Option auf Kippsitz verstellbar (nur für Kinderollstuhl)
6.8	Benötigt die versicherte Person medizinische Zusatzgeräte? Wenn ja, welche? **Zusatzgerät bitte hier eintragen:**		☐	☐	Option auf Halterungen/Taschen für Beatmungsgeräte und Hygieneartikel

Diagnose sowie allfällige Bemerkungen und Begründung des Arztes für besondere Anforderungen in Bezug auf die Rollstuhlversorgung:

Ausgefüllt durch Arzt ☐ **Physiotherapeut** ☐ **Ergotherapeut** ☐			
Name:		**Vorname:**	
Ort/Datum:		**Institution:**	
		Tel. Institution:	

Unterschrift des Arztes			
Name:		**Vorname:**	
Ort/Datum :		**Unterschrift:**	