

# Erprobungsbericht MOTOmed® viva2 light

1. Kostenträger: \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

2. Versicherter:  
Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
geb. \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

3. Krankheitsbild:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. Erforderliches Hilfsmittel und Ausstattung:

**MOTOmed viva2 light** – Grundausstattung (Bestell-Nr. 200.004)  
inkl. Sicherheitsfußschalen, Haltegriff und Bedieneinheit mit großem,  
anwenderfreundlichem Farbbildschirm und großen, fühlbaren Tasten  
inkl. den Funktionen ServoTreten, Bewegungsschutz, SpastikLockerungs-  
programm, Einstiegshilfe, SymmetrieTraining und Trainingsauswertung

Hilfsmittel-Positionsnummer:

- Beintrainer 32.06.01.0011  
 Bein- und Armtrainer 32.29.01.0008

Erforderliches Zubehör:

- |   |             |         |
|---|-------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Beiführungen mit Wadenschalen (beweglich, höhenverstellbar und abklappbar) (Paar)                      | Bestell-Nr. | 302.000 |
| <input type="checkbox"/> Selbstbedienbare Fußhalterungen (Paar)   | Bestell-Nr. | 506.000 |
| <input type="checkbox"/> Pedalradius-Exakteinstellung (stufenlos oder in 4 Stufen einstellbar) (Paar)                           | Bestell-Nr. | 507.000 |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl-Klipsicherung  | Bestell-Nr. | 100.000 |
| <input type="checkbox"/> Flacher Gerätestandfuß (z. B. für Sportrollstühle mit starrem Fußbrett)                                | Bestell-Nr. | 540.000 |
| <input type="checkbox"/> Arm-/Oberkörpertrainer mit Motor (schwenkbar inkl. Haltegriff)   | Bestell-Nr. | 250.000 |
| <input type="checkbox"/> Unterarmschalen mit Armmanschetten (Paar), serienmäßig mit Quergriff                                   |             |         |
| Standard <input type="checkbox"/> Armmanschettengröße L   | Bestell-Nr. | 556.006 |
| oder <input type="checkbox"/> Armmanschettengröße S   | Bestell-Nr. | 556.004 |
| oder <input type="checkbox"/> Armmanschettengröße M   | Bestell-Nr. | 556.005 |
| oder <input type="checkbox"/> Armmanschettengröße XL  | Bestell-Nr. | 556.007 |
| <input type="checkbox"/> Tetra Handgriffe (Paar)  | Bestell-Nr. | 555.000 |
| <input type="checkbox"/> Handgelenkmanschette für Erwachsene ( <input type="checkbox"/> Stück / <input type="checkbox"/> Paar)  | Bestell-Nr. | 562.000 |
| <input type="checkbox"/> Handgelenkmanschette für Jugendliche ( <input type="checkbox"/> Stück / <input type="checkbox"/> Paar) | Bestell-Nr. | 562.030 |
| <input type="checkbox"/> Hakengriff ( <input type="checkbox"/> Stück / <input type="checkbox"/> Paar)                           | Bestell-Nr. | 567.000 |
| <input type="checkbox"/> _____  | Bestell-Nr. | _____   |
| <input type="checkbox"/> _____  | Bestell-Nr. | _____   |
| <input type="checkbox"/> _____  | Bestell-Nr. | _____   |

MOTOmed Bewegungstherapie: 1. motorbetrieben, 2. motorunterstützt, 3. mit Muskelkraft  
RECK Medizintechnik, Reckstraße 1-5, 88422 Betzenweiler, GERMANY  
Telefon 07374 18-84, Fax 07374 18-80, Telefon gebührenfrei 0800-668 66 33  
info@motomed.de, www.motomed.de

## 5. Erprobungsphase:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Dauer ca. \_\_\_\_\_ Minuten pro Tag

zu Hause über das Sanitätshaus

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

in der Praxis

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

in der Klinik

Name \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Der Versicherte kann das MOTomed selbstständig bedienen.

Der Versicherte kann das MOTomed mit fremder Hilfe bedienen.

Fremde Hilfe ( Familienangehörige,  Pflegekraft, ...) ist \_\_\_\_\_ x pro Woche verfügbar.

### Therapieergebnis / Trainingsziele:

verbessert / langfristiges  
stabilisiert Ziel

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung des <b>Muskeltonus</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reduzierung der <b>Spastik</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktivierung und Erhalt der (Rest-) <b>Muskelkraft</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung von <b>Gehfähigkeit und Gangsicherheit</b>                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhalt der <b>Oberkörper- und Rumpfstabilität</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der <b>Gelenkbeweglichkeit</b> im Schulter-/Armbereich (Kontrakturprophylaxe) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhalt und Verbesserung der <b>Mobilität</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der <b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Rechts-Links-Defizite</b> reduzieren  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der <b>Ausdauer</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verbesserung der <b>Koordination</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung von <b>Kreislauf- und Stoffwechselfunktionen</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Förderung der <b>Durchblutung</b> (Thromboseprophylaxe)                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Minderung von <b>Ödemen</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regulierung des <b>Blutdrucks</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Schmerzlinderung</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Medikamente</b> inkl. Nebenwirkungen reduzieren   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische und physische <b>Belastbarkeit</b> stärken                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeines <b>Wohlbefinden</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

Sind während der Erprobungsphase negative Nebenwirkungen aufgetreten?

- Nein  
 Ja, folgende Nebenwirkungen sind aufgetreten:

---

Ist bei dem Versicherten der Einsatz eines aktiven Beintrainers (z. B. Fahrradergometer oder Tretkurbel) möglich bzw. ausreichend?

- Nein, da der Versicherte
- eine Motorunterstützung benötigt (passive/aktive Anwendung).
  - die Widerstände nicht treten kann.
  - nicht auf dem Sattel sitzen und sich halten kann (Gleichgewichts- bzw. Koordinationsstörung).
  - durch die Spastik in seiner Beweglichkeit eingeschränkt ist.
  -
- Ja

## 6. Angaben zur Gelenkbeweglichkeit:

- 6.1. Bestehen Kontrakturen?  Ja  Nein
- 6.2. In welchen Gelenken und mit welcher Ausprägung? \_\_\_\_\_
- 6.3. Ist ein Training mit dem MOTomed trotz der Kontrakturen möglich?  Ja  Nein

## 7. Angaben zu Art und Umfang der Lähmung:

- 7.1. Welche Extremitäten sind betroffen?  rechtes  linkes Bein  
 rechter  linker Arm
- 7.2. Die Lähmung der Extremitäten ist  komplett  inkomplett
- 7.3. Ist von einem weitgehenden Funktionsverlust der Extremitäten auszugehen? Beine:  Ja  Nein  
Arme:  Ja  Nein
- 7.4. Besteht beim Anwender eine Sturzgefahr?  Ja  Nein
- 7.5. Beschreibung der Gehfähigkeit/Mobilität?
- keine Gehfähigkeit vorhanden
  - gehfähig
    - ohne Hilfsmittel \_\_\_\_\_ m
    - mit Stock/Krücken \_\_\_\_\_ m
    - am Rollator \_\_\_\_\_ m
    - mit Unterstützung einer Hilfsperson \_\_\_\_\_ m
  - Rollstuhlfahrer
  - nur für längere Strecken auf einen Rollstuhl angewiesen, ab \_\_\_\_\_ m
  - der Versicherte ist überwiegend bettlägerig
  - der Versicherte kann selbstständig stehen
  - der Versicherte kann nur mit Hilfe stehen

- 8. Angaben zur Spastik/Tonuserhöhung:**
- 8.1. Welche Extremitäten sind betroffen?  keine Spastik/Tonuserhöhung vorhanden  
 rechtes  linkes Bein  
 rechter  linker Arm
- 8.2. Wie ist die Spastik/Tonuserhöhung ausgeprägt?  
 es treten einschließende Spastiken auf  
 erhöhter Muskeltonus/Steifheit  
 Rigor  Tremor vorhanden  
 \_\_\_\_\_
- 8.3. Wird die Spastik/Tonuserhöhung medikamentös behandelt?  
 Ja  Nein
- 8.4. Welche Einschränkungen sind auf die Spastik/Tonuserhöhung zurückzuführen?  
 Unbeweglichkeit beim Durchführen der alltäglichen Verrichtungen  
 Probleme bei der Blasenentleerung  
 Einschränkungen der Gehfähigkeit, da die Muskelkraft durch die Spastik gehemmt wird  
 \_\_\_\_\_
- 9. Angaben zu den Folgen des Bewegungsmangels:**
- Verdauungsprobleme  Durchblutungsstörungen  
 Wasserablagerungen (Ödeme)  Kreislaufbeschwerden  
 Abbau der Muskulatur  \_\_\_\_\_
- 10. Angaben zu weiteren Funktionseinschränkungen:**
- Störungen der Koordination  
 Störung der Motorik  
 Gleichgewichtsprobleme  
 \_\_\_\_\_
- 11. Art und Umfang der bisherigen Therapie:**
- Krankengymnastik \_\_\_\_\_ x wöchentlich à \_\_\_\_\_ Minuten  
 Ergotherapie \_\_\_\_\_ x wöchentlich à \_\_\_\_\_ Minuten  
 Durch den Einsatz des Bewegungstrainers kann eine Erhöhung der bisherigen Therapie vermieden werden.

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und bitten um Kostenübernahme des MOTomed.  
 Ich bin damit einverstanden, dass die Daten dieses Erprobungsberichts zur Bearbeitung der Verordnung an den Hersteller weitergeleitet werden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Versicherter

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift behandelnder Arzt

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Therapeut