

# Erprobungsbericht – MOTOmed loop light.a

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 loop light.a – Grundausrüstung (Bestell-Nr. 260.110)

Hilfsmittel-Positionsnummer:

- Höheneinstellung des Arm-/ Oberkörpertrainers um jeweils 15 cm, werkzeuglos einstellbar
- Farb-Touch-Display (7"), neigungsverstellbar
- Soft Grip Handgriffe

32.10.01.0005

## Optionale Produktkonfiguration (nicht nachrüstbar):

- Gasfederunterstützung der Höheneinstellung
- Sonderstandfuß mit verringerter Standfußhöhe

Bestell-Nr. 265.002

Bestell-Nr. 265.001

## Häufig verwendetes Zubehör:

- Rollstuhl-Kippsicherung
- Unterarmschalen mit Armmanschette (Paar), serienmäßig mit Quergriff
  - Armmanschettengröße L (Standard)
  - S
  - M
  - XL
- Tetra Handgriffe (Paar)
- Handgelenkmanschette zur Handfixierung Größe L ( Stück /  Paar)
- Handgelenkmanschette zur Handfixierung Größe M ( Stück /  Paar)
- \_\_\_\_\_

Bestell-Nr. 100.000

Bestell-Nr. 556.006

Bestell-Nr. 556.004

Bestell-Nr. 556.005

Bestell-Nr. 556.007

Bestell-Nr. 555.000

Bestell-Nr. 562.000

Bestell-Nr. 562.030

Bestell-Nr. \_\_\_\_\_

**5. Erprobungsphase:**

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

linkes Bein

rechter Arm

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 Bein  linkes Bein

rechter Arm  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.**

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

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

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

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

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

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