

01_ Kostenträger/in

.....
Name der Krankenkasse

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

02_ Versicherte/r

.....
Versicherungs-Nr.

.....
Vorname, Nachname

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon

.....
Ansprechpartner/in

03_ Krankheitsbild

.....

Hilfsmittel-
Positionsnummer
32.10.01.0004
für MOTOmed
Kostenübernahme

04_ Erforderliches Hilfsmittel und Ausstattung

Fragen zum richtigen Modell?

Gerne unterstützt Sie unser MOTOmed Team bei der Bearbeitung des Erprobungsberichtes.

Rufen Sie uns an:
07374 18-84

Informationen zur Verordnungsfähigkeit:



[www.motomed.de/
kostenuebernahme](http://www.motomed.de/kostenuebernahme)

MOTOmed loop.a – Serienausstattung

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

Bestell-Nr. 260.020

Erforderliche Produktkonfiguration (nicht nachrüstbar)

- Gasfederunterstützung der Höheneinstellung
- Sonderstandfuß mit verringerter Standfußhöhe
- Aktivierung Serielle Schnittstelle

Bestell-Nr. 265.002

Bestell-Nr. 265.001

Bestell-Nr. 265.500

Erforderliches Zubehör

- Rollstuhl-Klipsicherung
- Unterarmschalen mit Armmanschette (Paar), serienmäßig mit Quergriff
Standard Armmanschettengröße L
oder Armmanschettengröße S
oder Armmanschettengröße M
oder Armmanschettengröße 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.

05_Erprobungsphase

Tag der Erprobung

am:

Zeitraum der Erprobung

von bis Dauer ca. Minuten pro Tag

zu Hause Klinik Praxis

.....
Name der Einrichtung / Klinik / Praxis

.....
PLZ, Ort

Eingebundener Fachhandel

.....
Name

.....
PLZ, Ort

Der/die Versicherte kann das MOTOmed selbstständig bedienen.

Der/die Versicherte kann das MOTOmed mit Hilfe von Angehörigen, therapeutischem Personal oder Pflegepersonal bedienen.

Ergebnisse der MOTOmed Trainingstherapie und anvisierte Ziele für zu Hause

Evidenzbasierte Therapie

Werfen Sie einen Blick
auf über 30 Studien
und wissenschaftliche
Forschungsergebnisse:



[www.motomed.de/
studien](http://www.motomed.de/studien)

	verbessert/stabilisiert	langfristiges Ziel
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"/>
Reduzierung von Rechts-Links-Defiziten	<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"/>
Reduzierung der Medikamente inkl. Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkung der psychischen und physischen Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind während der Erprobungsphase negative Nebenwirkungen aufgetreten?

- Nein
- Ja, folgende negative Nebenwirkungen sind aufgetreten:
.....

Ist bei dem / der Versicherten der Einsatz eines aktiven Armtrainers möglich bzw. ausreichend?

- Nein, da der/die Versicherte
 - eine Motorunterstützung benötigt (passive / aktive Anwendung).
 - die Widerstände nicht drehen kann.
 - durch die Spastik in seiner / ihrer Beweglichkeit eingeschränkt ist.
 -
- Ja

06_ Angaben zur Gelenkbeweglichkeit

- Bestehende Kontrakturen Ja Nein
- In welchen Gelenken und mit welcher Ausprägung?
- Ist ein Training mit dem MOTOMed trotz der Kontrakturen möglich? Ja Nein

07_ Angaben zu Art und Umfang der Lähmung

- Betroffene Extremitäten linker Arm rechter Arm
 linkes Bein rechtes Bein
- Lähmung der Extremitäten komplett inkomplett
- Funktionsverlust der Extremitäten Arme: Ja Nein
Beine: Ja Nein
- Sturzgefahr Ja Nein
- Beschreibung der Gehfähigkeit/Mobilität keine Gehfähigkeit vorhanden
 gehfähig
 - ohne Hilfsmittelm
 - mit Gehhilfe m
 - am Rollatorm
 - mit Unterstützung einer Hilfspersonm Rollstuhlfahrer/in
 - nur für längere Strecken auf einen Rollstuhl angewiesen, ab m
 - der/die Versicherte ist überwiegend bettlägerig
 - der/die Versicherte kann selbstständig stehen
 - der/die Versicherte kann nur mit Hilfe stehen
- Rumpfstabilität freier Sitz kein freier Sitz

08_ Angaben zur Spastik / Tonuserhöhung

- Spastik / Tonuserhöhung: keine Spastik / Tonuserhöhung
- Betroffene Extremitäten linker Arm rechter Arm
 linkes Bein rechtes Bein
- Ausprägung der Spastik/Tonuserhöhung es treten einschließende Spastiken auf
 erhöhter Muskeltonus / Steifheit
 Rigor Tremor vorhanden
- Medikamentöse Behandlung der Spastik / Tonuserhöhung Ja Nein
- Einschränkungen auf Grund der Spastik / Tonuserhöhung Unbeweglichkeit beim Durchführen der alltäglichen Verrichtungen
- Probleme bei der Blasenentleerung
- Einschränkungen der Gehfähigkeit, da die Muskelkraft durch die Spastik gehemmt wird
-

09_ Art und Umfang der bisherigen Therapie

Der Einsatz des MOTOmed Bewegungstrainers ergänzt die Therapie:

- Physiotherapie Ergotherapie

10_ Kostenübernahme und Datenschutzerklärung

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und beantragen die Kostenübernahme des MOTOmed.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift behandelnde/r Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten zur Auswertung auf diesem Erprobungsbericht festgehalten werden. Die RECK-Technik GmbH & Co. KG verpflichtet sich, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Der Erprobungsbericht wird unter Datenschutzaspekten sicher vernichtet, wenn dieser für den o. g. Zweck nicht mehr erforderlich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Versicherte/r

Datenschutzhinweis (§ 67a Absatz 2 Nr. 2 und Absatz 4 SGB X): Die personenbezogenen, medizinischen Daten sind zur Gewährung von Leistungen nach § 284 Absatz 1 Nr. 4 i.V.m. § 73 SGB V notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und Übermittlung ist § 100 SGB X i.V.m. § 73 Absatz 2 Nr. 9 SGB V.