

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
32.29.01.0017

für MOTOmed
Kostenübernahme

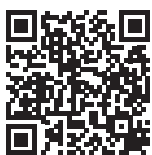
04_ Erforderliches Hilfsmittel und Ausstattung

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/
kosteneubernahme](http://www.motomed.de/kosteneubernahme)

MOTOmed loop kidz.la – Serienausstattung

Bestell-Nr. 260.090

- Höheneinstellung von Bein- oder Arm-/ Oberkörpertrainer um jeweils 15 cm, werkzeuglos einstellbar
- Farb-Touch-Display (7"), neigungsverstellbar, einklappbar
- Kunststoffbeschichtete Sicherheitsfußschalen mit Fixierung per Klettverschluss (Paar)
- USB-Schnittstelle
- 2-stufige Pedalradiuseinstellung
- Soft Grip Handgriffe (Paar)

Erforderliche Produktkonfiguration (nicht nachrüstbar)

- Gasfederunterstützung der Höheneinstellung Bestell-Nr. 265.002
- Sonderstandfuß mit verringerter Standfußhöhe Bestell-Nr. 265.001
- Aktivierung Serielle Schnittstelle Bestell-Nr. 265.500

Erforderliches Zubehör

- Beinführungen mit kunststoffbeschichteten Wadenschalen (Paar) Bestell-Nr. 303.000
- Fußschnellfixierung »QuickFix« (Paar) Bestell-Nr. 265.004
- Pedalradius-Exakteinstellung Bestell-Nr. 507.020
(stufenlos oder in 4 Stufen einstellbar/ Beintrainer, Paar)
- Rollstuhl-Kippsicherung Bestell-Nr. 100.000
- Unterarmschalen mit Armmanschette (Paar), serienmäßig mit Quergriff
- Standard Armmanschettengröße S Bestell-Nr. 556.004
oder Armmanschettengröße M Bestell-Nr. 556.005
oder Armmanschettengröße L Bestell-Nr. 556.006
oder Armmanschettengröße XL Bestell-Nr. 556.007
- Tetra Handgriffe (Paar) Bestell-Nr. 555.000
- Handgelenkmanschette zur Handfixierung Größe S (Stück / Paar) Bestell-Nr. 562.020
- Handgelenkmanschette zur Handfixierung Größe M (Stück / Paar) 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 Beintrainers (z. B. Fahrradergometer oder Tretkurbel) möglich bzw. ausreichend?

- Nein, da der/die 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 / 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.