

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

.....

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

MOTOmed layson.la

Bewegungstherapie sowohl der Beine als auch der Arme / des Oberkörpers im Liegen

- inkl. kunststoffbeschichteten Sicherheitsfußschalen und Handgriffen jeweils mit Schnellwechseltechnik werkzeuglos mit Sicherungsbügel
- inkl. zentral bedienbarer 4-Punkt-Bodenfixierung, Knieflexionseinstellung (manuell, mit Stellrad), gasfederunterstützte Höhenverstellung
- inkl. drehbarem und neigbarem Farb-Touch-Display (7") mit Patientenfernbedienung

MOTOmed layson.la (Parallelfahrwerk) Bestell-Nr. 261.030

MOTOmed layson.la (Spreizfahrwerk) Bestell-Nr. 261.130

Erforderliches Zubehör

»TrainCare« mit kunststoffbeschichteten Beinführungen und desinfizierbaren Fixierbändern (Paar) Bestell-Nr. 261.500

Abnehmbare Bedieneinheit (nicht nachrüstbar) Bestell-Nr. 261.520

Kunststoffbeschichtete Unterarmschalen mit desinfizierbaren Fixierbändern und Schnellwechseltechnik (Paar) Bestell-Nr. 356.200

Fußschnellfixierung »QuickFix« (Paar) Bestell-Nr. 265.004

Handgelenkmanschette zur Handfixierung, Gr. L (Stück / Paar) Bestell-Nr. 562.000

Handgelenkmanschette zur Handfixierung, Gr. M (Stück / Paar) Bestell-Nr. 562.030

»StoreSet« bestehend aus einer Ablage für die »TrainCare« und einer Halterung für Fußschalen und Handgriffe Bestell-Nr. 261.531

..... 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

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"/>

Evidenzbasierte Therapie

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



www.motomed.de/studien

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.