

### 01\_ Kostenträger/in

.....  
Name der Krankenkasse

.....  
Straße, Nr

.....  
PLZ, Ort

### 02\_ Versicherte/r

.....  
Versicherungs-Nr.

.....  
Vorname, Nachname

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefon

.....  
Ansprechpartner/in

### 03\_ Krankheitsbild

.....

Hilfsmittel-  
Positionsnummer  
**32.29.01.0015**

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.la – Serienausstattung

Bestell-Nr. 260.030

- 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 L Bestell-Nr. 556.006
  - oder  Armmanschettengröße S Bestell-Nr. 556.004
  - oder  Armmanschettengröße M Bestell-Nr. 556.005
  - oder  Armmanschettengröße XL Bestell-Nr. 556.007
- Tetra Handgriffe (Paar) Bestell-Nr. 555.000
- Handgelenkmanschette zur Handfixierung Größe L ( Stück /  Paar) Bestell-Nr. 562.000
- 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 Hilfsmittel .....m
  - mit Gehhilfe ..... m
  - am Rollator .....m
  - mit Unterstützung einer Hilfsperson .....m
- 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.**