

## Erprobungsbericht – MOTOmed muvi + MOTOmed muvi XXL 22

### 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

.....

### 04\_ Erforderliches Hilfsmittel und Ausstattung

**MOTOmed muvi** – Grundausrüstung (Bestell-Nr. 300.000)

**MOTOmed muvi XXL 22** – Grundausrüstung (Bestell-Nr. 300.220)

- Bein- und/oder Arm-/Oberkörpertrainer mit Simultantraining passiv/assistiv/aktiv
- Kunststoffbeschichtete Sicherheitsfußschalen
- Kunststoffbeschichteter Haltegriff und Handgriffe mit Schnellwechseltechnik
- 12,1" - Touch Bildschirm mit Trainingsprogrammen

#### Erforderliches Zubehör

Beinführungen mit kunststoffbeschichteten Wadenschalen (Paar)	Bestell-Nr. 303.000
Fußschnellfixierung «QuickFix» (Paar)	Bestell-Nr. 265.004
Handgelenkmanschette zur Handfixierung (Stück)	Bestell-Nr. 562.000
Gurtkippschutz	Bestell-Nr. 308.100
Rollstuhlsicherungs	Bestell-Nr. 100.000
Kunststoffbeschichtete Unterarmschalen mit desinfizierbaren Fixierbändern und Schnellwechseltechnik	Bestell-Nr. 356.200
Vertikalhandgriffe mit Handauflagen und Schnellwechseltechnik (Paar)	Bestell-Nr. 557.200
Tetra Handgriffe mit Schnellwechseltechnik (Paar)	Bestell-Nr. 555.200
Pedalradius-Exakteinstellungen (Armtrainer, Paar)	Bestell-Nr. 507.050

..... Bestell-Nr. ....

#### 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/  
kosteneubnahme](http://www.motomed.de/kosteneubnahme)

## 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

### Evidenzbasierte Therapie

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



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

Aktivierung und Erhalt der (Rest-)Muskelkraft

Förderung von Gehfähigkeit und Gangsicherheit

Erhalt und Verbesserung der Mobilität

Verbesserung der Ausdauer

Verbesserung der Koordination

Förderung von Kreislauf- und Stoffwechselfähigkeiten

Förderung der Durchblutung (Thromboseprophylaxe)

Psychische und physische Belastbarkeit stärken

Erhalt der Oberkörper- und Rumpfstabilität

Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit  
im Schulter-/Armbereich (Kontrakturprophylaxe)

Regulierung des Muskeltonus

Reduzierung der Spastik

Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens

Rechts-Links-Defizite reduzieren

Minderung von Ödemen

Regulierung des Blutdrucks

Schmerzlinderung

Medikamente inkl. Nebenwirkungen reduzieren

Sind während der Erprobungsphase negative Nebenwirkungen aufgetreten?

Nein

Ja, folgende 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 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  
linkes Bein

rechter Arm  
rechtes Bein

Lähmung der Extremitäten

komplett

inkomplett

Funktionsverlust der Extremitäten

Arme:  
Beine:

Ja  
Ja

Nein  
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 linkes Bein	rechter Arm 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.**