

Rollstuhlerhebungsblatt ELEKTRO-Fahrstuhl

Sehr geehrte Damen und Herren!

Für die bestmögliche Versorgung ersuchen wir Sie das vorliegende Rollstuhlerhebungsblatt genau und vollständig auszufüllen und zu unterfertigen (zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich).

1. Angaben zur/zum RollstuhlbenutzerIn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer

2. Wohnort:

privat (allein) <input type="checkbox"/>	privat (mit Betreuung) <input type="checkbox"/>	fährt KF selbst <input type="checkbox"/>
Pensionistenheim <input type="checkbox"/>	Pflegeheim od. -zentrum <input type="checkbox"/>	KF wird von Betreuungsperson bedient <input type="checkbox"/>
Dzt. Krankenhaus <input type="checkbox"/>		

3. Aktivität:

4.1 Elektro-Fahrstuhl für den INNENBEREICH (Angaben in cm):

Sitztiefe 40 <input type="checkbox"/>	Sitzbreite 38-42 <input type="checkbox"/>	Sitzhöhe 45 <input type="checkbox"/>	Rückenhöhe 50 <input type="checkbox"/>
42 <input type="checkbox"/>	43-48 <input type="checkbox"/>	48 <input type="checkbox"/>	
45 <input type="checkbox"/>	49-53 <input type="checkbox"/>	50 <input type="checkbox"/>	Körpergewicht <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
47 <input type="checkbox"/>			

4.2 Elektro-Fahrstuhl für den AUSSENBEREICH (Angaben in cm):

Sitztiefe 40 <input type="checkbox"/>	Sitzbreite 38-42 <input type="checkbox"/>	Sitzhöhe 45 <input type="checkbox"/>	Rückenhöhe 50 <input type="checkbox"/>
44 <input type="checkbox"/>	43-48 <input type="checkbox"/>	48 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>
47 <input type="checkbox"/>		51 <input type="checkbox"/>	Körpergewicht <input type="text"/> <input type="checkbox"/>

5. Ausstattung:

Kopfstütze <input type="checkbox"/>	Beinstützen <input type="checkbox"/>	winkverstellbar <input type="checkbox"/>
Stockhalter <input type="checkbox"/>	Sitzneigung <input type="checkbox"/>	elektronisch verstellbar <input type="checkbox"/>
Anpassrücken <input type="checkbox"/>	Rückenverstellung <input type="checkbox"/>	elektronisch <input type="checkbox"/>
Kein Lumbalknick <input type="checkbox"/>		

6. Sonstiges:

<input type="text"/>

7. Die Daten wurden ermittelt von:

PatientIn <input type="checkbox"/>	Angehörigen <input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/>	TherapeutIn <input type="checkbox"/>	Sozialbe- raterIn <input type="checkbox"/>	ARGE-Reha Kärnten <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	---

AnsprechpartnerIn (BLOCKSCHRIFT):	Telefonisch erreichbar:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum:	Unterschrift:
<input type="text"/>	<input type="text"/>