**Ärztliche Verordnung zur Abgabe eines Kinderrollstuhls  
(Zusatz zu GMFCS Formular für Bestimmung des Behinderungsgrades [BG])**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientenangaben:** | | | | | |
| **Name:** |  | **Vorname:** |  | **Geb. Datum:** |  |

|  |
| --- |
| **Diagnose:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Allgemeine Grundsätze zum Formular** |
| * Die Nummerierung der einzelnen Positionen bezieht sich auf die medizinische Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhls. Aufgrund der Einteilung der Patienten bis zum 20. Lebensjahr nach GMFCS müssen die restlichen Kriterien des Formulars für die Versorgung von Patienten über 20 Jahren nicht ausgefüllt werden. * zur Bewertung der Items wird bei Asymmetrien die am meisten betroffene Körperseite berücksichtigt * es soll, wenn möglich, eine sitzende Ausgangsstellung gewählt werden, ohne externe Unterstützung * alle Kriterien sollen ohne Verwendung von Hilfsmittel beurteilt werden |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Einteilung nach GMFCS-Level** | | | | | |
|  |  | **Level II**  **(BG I)** |  |  | **Level III**  **(BG II)** |  |
|  |  | **Level IV**  **(BG III)** |  |  | **Level V**  **(BG IV)** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Sitzposition** |  | |  | |
|  | **Kategorie** |  | **b** |  | **c** |
| **2.1** | **Rumpf-/Beckenmobilität** | **gering eingeschränkt** |  | **stark eingeschränkt oder immobil** |  |
|  |  | kleine Positionswechsel | | kann Position geringfügig oder nicht verändern | |
| **2.3** | **Rumpf-/Beckenkoordination** | **leichte Rumpfataxie** |  | **schwere Rumpfataxie** |  |
|  |  | kann mindestens 3 Min. selbständig sitzen | | kann nur mit Hilfe oder Abstützung sitzen | |
| **2.4** | **Skoliose / Beckenschiefstand** | **leichte Skoliose** |  | **mittel / schwere Skoliose** |  |
| **2.5** | **Rumpftonus** | **leicht verändert** |  | **stark verändert** |  |
|  |  | leicht hypoton oder erhöht (spastisch/rigid) | | stark hypoton oder erhöht (spastisch/rigid) | |
| **2.6** | **Rumpfstabilität** | **verminderte Stabilität** |  | **Instabil** |  |
|  |  | muss geführt/gestützt werden | | muss gehalten/fixiert werden | |
| **2.7** | **Kopf / Hals -Kontrolle / -Mobilität** | **leicht eingeschränkt** |  | **Stark eingeschränkt** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Obere Extremität: Fortbewegung und Positionierung** | | | | |
|  | **Kategorie** |  | **b** |  | **c** |
| **3.1** | **Kraft** | **vermindert** |  | **aufgehoben, Plegie** |  |
| **3.2** | **Tonus** | **leicht vermindert oder erhöht:** |  | **stark vermindert oder erhöht:** |  |
|  |  | hypoton oder spastisch/ rigid | | hypoton oder spastisch/ rigid | |
| **3.3** | **Gelenksmobilität** | **leicht eingeschränkt** |  | **stark eingeschränkt** |  |
|  |  | Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) | | Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) | |
| **3.5** | **Koordination** | **leichte Ataxie** |  | **schwere Ataxie** |  |
|  |  | kann einfache Bewegungen gezielt ausführen | | keine gezielten Bewegungen möglich | |
| **3.6** | **Kontrakturen** | **Kontrakturen in 1 Muskelgruppe** |  | **Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Untere Extremität: Fortbewegung und Positionierung** | | | | |
|  | **Kategorie** |  | **b** |  | **c** |
| **4.1** | **Kraft** | **vermindert** |  | **aufgehoben, Plegie** |  |
| **4.2** | **Tonus** | **leicht vermindert oder erhöht:** |  | **stark vermindert oder erhöht:** |  |
|  |  | hypoton oder spastisch/ rigid | | hypoton oder spastisch/ rigid | |
| **4.3** | **Gelenksmobilität** | **leicht eingeschränkt** |  | **stark eingeschränkt** |  |
|  |  | Funktionsradius eines grossen Gelenks bis 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) | | Funktionsradius eines grossen Gelenks > 50 % reduziert oder erhöht (hypermobil) | |
| **4.5** | **Koordination** | **leichte Ataxie** |  | **schwere Ataxie** |  |
|  |  | kann einfache Bewegungen gezielt ausführen | | keine gezielten Bewegungen möglich | |
| **4.6** | **Kontrakturen** | **Kontrakturen in 1 Muskelgruppe** |  | **Kontrakturen in > 1 Muskelgruppe** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.** | **Transfer / Transport** | | | | |
|  | **Kategorie** |  | **b** |  | **c** |
| **6.1** | **Transfer** | **braucht Hilfsperson** |  | **braucht mehrere Hilfspersonen oder** |  |
|  |  |  | | **technische Hilfe** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** | **Weitere Angaben** | | | | | | |
|  | **Kategorie** | | | | **y** |  | **z** |
| **7.1** | **Gewicht** |  |  |  |  | **> 140 kg** |  |
| **7.2** | **Grösse** |  |  | **< 150 cm** |  | **> 185 cm** |  |
| **7.3** | **Beatmung** |  |  | **Sauerstoffzufuhr** |  | **Beatmung** |  |
| **7.41** | **Amputationen obere Extremität** |  |  | **1 Extremität** |  | **2 Extremitäten** |  |
| **7.42** | **Amputationen untere Extremität** |  |  | **1 Extremität** |  | **2 Extremitäten** |  |
| **7.5** | **Dekubitus-Risiko** |  |  | **vorhanden** |  | **erhöht** |  |
| **7.6** | **Progredienz** |  |  | **langsam** |  | **schnell** |  |
| **7.7** | **bestehende Orthesen** |  |  | **1 Extremität** |  | **2 Extremitäten** |  |
| **7.8** | **Inkontinenz** |  |  |  |  | **ja** |  |
| **7.9** | **Abhängigkeit von Begleitpersonen** |  |  | **1 Person** |  | **mehrere** |  |
| **7.10** | **Fehlbildungen** |  |  | **obere Extremität** |  | **untere Extremität** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** | **Versorgungsziel / Einsatzbereich** | | | | | |
| **8.4** | **Verminderung der Progredienz der Haltungsinsuffizienz** |  |  |  |  |  |
| **8.7** | **Aussenbereich** |  |  |  | |  |
| **8.8** | **Schule/Arbeitsplatz** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Langzeitversorgung** | **> 1 Jahr** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen:** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unterschrift / Stempel des Arztes** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tel.:** |  |  |  |  |
| **Ort:** |  | **Datum:** |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Institution / Therapeut** |
|  |