

### Checkliste zur Gehilfenversorgung

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Kostenträger: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Erstkontakt über: \_\_\_\_\_  
ggf. Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnose laut Verordnung: \_\_\_\_\_

Diagnose (ICD-Schlüssel): \_\_\_\_\_

**Versorgung:**

- Erstversorgung
- Folgeversorgung
- Mehrfachausstattung
  
- Dauerversorgung
- Kurzzeitversorgung (z.B. nach Unfall)

**Bereits vorhandene Gehhilfen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bei Folgeversorgung:**

- Vorhandenes Hilfsmittel irreparabel/nicht
- Vorhandenes Hilfsmittel nicht anpassbar
- Änderung des Krankheitsbildes

**Status:**

- Rumpfstabilität:  Gut  Mittel  Schlecht
- Armkraft:  Gut  Mittel  Schlecht
- Handkraft:  Gut  Mittel  Schlecht

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

---

Fingerkontrolle:  Gut  Mittel  Schlecht

Spastiken/Krämpfe:  Ja  Nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Amputationen/Deformationen:  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Einschränkungen der Sinnesorgane:  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen (Schwindel etc.)  
\_\_\_\_\_

Rollstuhlabhängigkeit:

vollständig  teilweise

Gehstrecke ohne Gehhilfe: \_\_\_\_ Meter.

Gehstrecke mit Gehhilfe: \_\_\_\_ Meter.

**Nutzung:**

Innen  Außen

---

---

**Zeitaufwand für Beratung + Anpassung:** \_\_\_\_\_ min

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben zutreffend sind. Mit der Weitergabe der Daten und ggf. Dokumentation/Bilder an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten/Betreuers: \_\_\_\_\_

---

Stand: Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.