



Rev.: 0

**Rollstuhlerhebungsblatt** (Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich.)

<b>Name:</b>	_____
<b>Anschrift:</b>	_____
	_____
<b>Tel.:</b>	_____
<b>Fax.:</b>	_____
<b>e-mail:</b>	_____

**Medical Austria GmbH**

Admiralstraße 13

2352 Gumpoldskirchen

**Tel +43 2252 607250-204**

**Tel +43 2252 607250-212**

**Tel +43 2252 607250-213**

**Fax +43 2252 607250-202**

Download: <http://www.messer-medical.at/Rehabilitation/index.html>

**1. Angaben zum/zur Rollstuhlbenutzer/-in**

_____	_____	_____
Name	Vorname	Versicherungsnummer
Körpergewicht: _____ kg	Körpergröße: _____ cm	<input type="checkbox"/> Beinamputation

**2. Angaben zum Wohnort**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> privat ( <i>allein</i> )              | <input type="checkbox"/> privat ( <i>mit Betreuungsperson</i> ) | <input type="checkbox"/> Pensionistenheim            |
| <input type="checkbox"/> Pensionistenheim ( <i>B-Station</i> ) | <input type="checkbox"/> Pflegeheim/-zentrum                    | <input type="checkbox"/> Krankenhaus ( <i>dzt.</i> ) |

**3. Angaben zur Aktivität (KF = Krankenfahrstuhl)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fährt KF selbst ( <i>Antrieb mit Händen</i> ) | <input type="checkbox"/> fährt KF selbst ( <i>trippelt</i> )  |
| <input type="checkbox"/> fährt KF nur zum Teil selbst                  | <input type="checkbox"/> KF wird von Betreuungsperson bedient |

**4. Rollstuhlmaße** (Angaben in cm – nicht relevante Felder können unausgefüllt bleiben)

Sitzbreite: _____ cm	Sitzhöhe: _____ cm	Sitztiefe: _____ cm
Rückenlehnenhöhe: _____ cm	Höhe der Armlehnen: _____ cm	
Unterschenkellänge: _____ cm	Außenbreite ( <i>max.</i> ): _____ cm	

**5. Art des Rollstuhles**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> STAN = Standardrollstuhl                                | <input type="checkbox"/> TRAN = Transport-/Transitrollstuhl           |
| <input type="checkbox"/> STLM = Standardrollstuhl Leichtmetall                   | <input type="checkbox"/> KFKF = Kinderrollstuhl                       |
| <input type="checkbox"/> STXL = Standardrollstuhl Schwerlast                     | <input type="checkbox"/> SPOR = Sportrollstuhl                        |
| <input type="checkbox"/> AKFB = Aktivrollstuhl ( <i>Rahmen faltbar</i> )         | <input type="checkbox"/> EIND = Elektrorollstuhl Indoor               |
| <input type="checkbox"/> AKST = Aktivrollstuhl ( <i>Rahmen starr</i> )           | <input type="checkbox"/> EOUT = Elektrorollstuhl Outdoor              |
| <input type="checkbox"/> HEMI = Hemiplegikerrollstuhl ( <i>trippeltauglich</i> ) | <input type="checkbox"/> EKOM = Elektrorollstuhl Indoor & Outdoor     |
| <input type="checkbox"/> MUFU = Multifunktionsrollstuhl                          | <input type="checkbox"/> EKIN = Elektrorollstuhl für Kinder           |
| <input type="checkbox"/> TOKF = Toiletten-Rollstuhl                              | <input type="checkbox"/> EANT = Elektroantrieb & mechanischer Antrieb |
| <input type="checkbox"/> DTKF = Dusch-Toiletten-Rollstuhl                        | <input type="checkbox"/> EFZG = Elektrofahrzeug                       |



Rev.: 0

**Rollstuhlerhebungsblatt** (Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich.)

**6. Ausstattung**

- Beinstützenoberteil:  geteilt, abnehm- & schwenkbar  
 hochschwenkbar,  links  rechts
- Beinstützenunterteil:  Fußbrett  geteilt  durchgehend
- Bremsen:  Standardbremsen  Bremshebelverlängerung  
 Einhandbremse  links  rechts  
 Trommelbremse für Begleitperson
- Rücken:  Standard  fest  anpassbar  
 Lumbalnicker  verstellbar (Grad)  
 \_\_\_\_\_
- Sitz:  Standard  fest  \_\_\_\_\_
- Seitenteil:  abnehmbar schwenkbar  höhenverstellbar  
 Armlehne kurz  Armlehne lang
- Lenkräder: Größe:  6"  7"  \_\_\_\_  luftbereift  pannensicher
- Antriebsräder: Größe:  22"  24"  \_\_\_\_  luftbereift  pannensicher  
 Speichenschutz (transparent)  Greifreifen  Greifreifenüberzug
- Sonstiges:  Ankipphilfe  Kippschutz  Kopfstütze  Sicherheitsgurt  
 Sitzkissen  Stockhalterung  
 Therapietisch  Schiebegriffe (höhenverstellbar)
- Ergänzungen für :  Elektrorollstuhl  Sitzschale etc.  
 \_\_\_\_\_

Begründung für Ausstattungsvarianten:

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

**7. Die Daten wurden übermittelt von**

- Patient/-in  Angehörigen  Arzt oder Ärztin  
 Therapeut/-in  Sozialberater/-in  Sanitätshaus/Bandagist

\_\_\_\_\_  
 Ansprechpartnerin (Blockschrift)

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift