

## Rollstuhlerhebungsblatt

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die bestmögliche Versorgung ersuchen wir Sie das vorliegende Rollstuhlerhebungsblatt genau und vollständig auszufüllen und zu unterfertigen (bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen).

RollstuhlbenützerIn:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer (10stellig): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zustelladresse: \_\_\_\_\_

AnsprechpartnerIn: Telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

• Verordner: \_\_\_\_\_

• Diagnose: \_\_\_\_\_

Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_ Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_ Beinamputiert: \_\_\_\_\_

Art der Benützung des Krankenfahrstuhls (KF):

Fährt KF selbst (Antrieb mit Händen)

Fährt KF selbst (trippelt)

Fährt KF nur zum Teil selbst

KF wird von Betreuungsperson bedient

Art des Rollstuhls:

Standardrollstuhl

Standardrollstuhl verstärkt

Für folgende Versorgungen ist eine ausführliche medizinische Begründung erforderlich:

Standardrollstuhl Leichtmetall

Elektrorollstuhl (Innenfahrer)

Sitzschalenversorgung (Untergestell)

Aktiv-Rollstuhl multimodular

Aktiv-Rollstuhl größtmögliche Mobilität

Elektrorollstuhl (Außenfahrer)

**Sonderversorgung:**

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_