

Kostenträger: _____

Versicherte Person:

Name: _____ geb. am: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ ggf. Ansprechpartner: _____

Diagnose: _____

Vers.-Nr.: _____

Bezeichnung des Hilfsmittels:

- BALANCE-Trainer (Hilfsmittelnummer: 28.29.01.1042)
- BALANCE-Trainer - Sondergröße (Hilfsmittelnummer: 28.29.01.1042)

Benötigte Ausstattung:

- Kniepelotten normal – **oder** – Kniepelotten schmal – **oder** – Kniepelotten breit
- Hüftpelotten
- Oberkörperpelotte (mit Kopfstütze und Brustgurt)
- Gurtsystem elektrisch
- Patiententhaltegurt (Boden) → Größe: S M L XL
- Patiententhaltegurt (Sitzhose) → Größe: S M L XL
- Fußbrettverlängerung
- Fußbretterhöhung – **oder** – Fußbretterhöhung (steckbar, werkzeuglos)
- BALANCE-soft (Therapiesoftware)
- Sonstiges: _____

Trainingsort:

- zu Hause
- in der Ambulanz/Praxis

Name: _____

PLZ, Ort: _____

- in der Klinik

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Trainingsziele:

- Verbesserung der Wahrnehmung vor allem bei einem vorhandenen Neglect (Patient findet seine Körpermitte)
- Verbesserung der posturalen Restitution des Rumpfes über der unteren Extremität in der Sagittalebene
- Verbesserung der allgemeinen Balance
- Regulierung des Muskeltonus (bei Hyper- oder Hypotonus)
- Erhaltung und Erhöhung der Muskelleistung des Rumpfes und der unteren Extremität in Verbindung mit Wipp- und Hüpfbewegungen
- Erhaltung und Erhöhung der Muskelkraft im Rumpf und Extremitäten mit Berücksichtigung der Krafttrainingsregeln
- Erhaltung bzw. Verbesserung der Beweglichkeit des Rumpfes und der Extremitäten durch Dehnungen beim Stehen
- Verbesserung der Lungenkapazität und Mobilität des Thorax im Stand (Pneumonieprophylaxe)
- Erhöhung der Stoffwechselaktivität (Verdauung und Harnabfuhr)
- Erhöhung der physischen und psychischen Belastbarkeit
- Kontrakturbehandlung und /oder Prophylaxe vor allem der unteren Extremitäten
- _____

Nebenwirkungen:

- Nein.
- Ja, folgende Nebenwirkungen sind aufgetreten:

Anpassungsergebnis:

- Der Patient kann den BALANCE-Trainer selbständig bedienen.
- Der Patient kann den BALANCE-Trainer mit fremder Hilfe bedienen.
Fremde Hilfe (Partner, Eltern, Pflegekraft,...) ist _____ pro Woche verfügbar.
- Der Patient hat sich bei der Anpassung/Vorführung gut bzw. sehr wohl gefühlt.
- Die Bewegung wird aktiv – **oder** – teilaktiv – **oder** – passiv durchgeführt.
Die Aktivität kommt aus: Beinen Armen Becken Rumpf
- Der Patient ist sehr motiviert mit dem BALANCE-Trainer zu trainieren.
- Die Angehörigen befürworten und unterstützen das Training mit dem BALANCE-Trainer.
- Der behandelnde Therapeut befürwortet das Training mit dem BALANCE-Trainer.
- Eine Verordnung wird besorgt.
- Der Kostenvoranschlag läuft bereits.
- Der Patient hat kein Interesse, da _____

zusätzliches Feedback zur Vorführung/Anpassung:

Bisherige Therapie:

- Krankengymnastik** _____ x wöchentlich à _____ Minuten
- Ergotherapie** _____ x wöchentlich à _____ Minuten
- Durch den Einsatz des BALANCE-Trainers kann auf eine Erhöhung der bisherigen Therapie verzichtet werden.

Ansprechpartner im Sanitätshaus:

Firma: _____

Herr/Frau: _____

Telefon: _____

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und bitten um Kostenübernahme des BALANCE- Trainers.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Ort, Datum

Unterschrift Therapeut