

# Thera-Trainer Erprobungsbericht

(fremdkraftbetriebener Bewegungstrainer)

Kostenträger: \_\_\_\_\_

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

## Versicherte Person:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ ggf. Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Gelenkbeweglichkeit/Beweglichkeit:

- Einschränkungen durch Kontrakturen  Einschränkung durch Spastiken  
 Ein Training mit dem THERA-Bewegungstrainer ist dennoch möglich.

## Angaben zu Art und Umfang von Lähmungserscheinungen, sowie der Gehfähigkeit:

- Es liegen Lähmungen folgender Extremitäten vor:  
 Bein  rechts  links  komplett  inkomplett  
 Arm  rechts  links  komplett  inkomplett
- Der Versicherte ist  Rollstuhlfahrer ohne Gehfähigkeit  
 Rollstuhlfahrer mit eingeschränkter Gehfähigkeit  
 Fußgänger mit Hilfsmittel (Rollator, Gehstock, ...)  
 Bettlägerig

- Beim Versicherten besteht Sturzgefahr.  
 Selbstständiges Stehen ist möglich.  Kann nur mit Hilfe stehen.

## Erprobter Bewegungstrainer (erforderliches Hilfsmittel):

THERA-vital

THERA-live

- Beintrainer (Hilfsmittel-Nr: 32.06.01.0006)  
 Bein-/Armtrainer (Hilfsmittel-Nr: 32.29.01.0005)  
 Beintrainer (Hilfsmittel-Nr: 32.06.01.0008)  
 Bein-/Armtrainer (Hilfsmittel-Nr: 32.29.01.0007)

## Beintrainer-Zubehör (THERA-vital und THERA-live):

- Beinführungen m. gepolsterter Wadenschale  Radiusverstellungen stufenlos  
 Fußfixierung selbstbedienbar →  werkzeuglos |  mit T-Griff Werkzeug  
 Gerätefuß flach  Radsatz  
 Höhenverstellung mit Transportrollen  Rollstuhl-Kippsicherung (Gurtsystem)  
 Rollstuhl-Kippsicherung (keilförmig)

## Armtrainer-Zubehör (THERA-vital und THERA-live):

- Armauflagen mit stabförmigem Griff  Armauflagen mit Griffballen  
 Manschetten für Armauflagen  Tetra-Spezialgriffe  
 Handgelenkmanschette  Kurze Kurbeln Oberkörpertrainer  
 Armauflagen für Therapiegriffe

## THERA-vital Zubehör:

- Bedienteil mit 10,4"-Farbbildschirm (Touch-Funktion)  Cardio-Puls-Set

**Erprobungsphase:**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_\_ Minuten/Tag

zu Hause       in der Ambulanz       in der Klinik

ggf. Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

ggf. PLZ/Ort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

ggf. Name des Fachhändlers: \_\_\_\_\_

ggf. PLZ/Ort des Fachhändlers: \_\_\_\_\_

Nach der ausführlichen Einweisung ist der/die Versicherte in der Lage den Trainer

selbständig bzw.  mit fremder Hilfe zu bedienen.

Fremde Hilfe (Partner, Eltern, Pflegekraft,...) ist \_\_\_\_\_ Tage pro Woche verfügbar.

**Trainingsergebnis:**

Trainingsziele	verbessert	stabilisiert	Langfristziel
Regulierung <b>Muskeltonus</b> (Spastikreduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der (Rest-) <b>Muskelkraft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rechts-Links-Defizite</b> reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der <b>Ausdauer</b> (Kreislauf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhaltung/Verbesserung der <b>Gelenkbeweglichkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der <b>Gehfähigkeit</b> und <b>Gangsicherheit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der <b>Koordination</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechsel</b> aktivierung ( <b>Verdauung</b> und <b>Harnabfuhr</b> verbessern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Durchblutung</b> fördern (Thromboseprophylaxe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerzen</b> reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>asserablagerungen</b> (Ödeme) reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluthochdruck</b> regulieren bzw. senken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medikamente</b> (inkl. Nebenwirkungen) reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische und physische <b>Belastbarkeit</b> erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhaltung der Oberkörper- und <b>Rumpfstabilität</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nebenwirkungen während der Erprobungsphase:**

Nein       Ja, folgende Nebenwirkungen sind aufgetreten:

**Ist der Einsatz eines aktiven Beintrainers (z.B. Fahrradergometer ohne Motor) möglich?**

- Nein, da es dem Versicherten nicht möglich ist
  - ohne Motorunterstützung zu trainieren (passive, assestive und aktive Anwendung).
  - die hier vorgegebenen Pedalwiderstände krankheitsbedingt zu treten.
  - auf einem normalen Sattel zu sitzen bzw. sich zu halten (Koordinationsstörungen).
- Ja.

**Bisherige Therapie:**

- Krankengymnastik** \_\_\_\_\_ x wöchentlich à \_\_\_\_\_ Minuten
- Ergotherapie** \_\_\_\_\_ x wöchentlich à \_\_\_\_\_ Minuten
- Durch den Einsatz des Bewegungstrainers kann eine Erhöhung der bisherigen Therapie vermieden werden.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel behandelnder Arzt

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel Therapeut