

Die Checkliste muss **VOR** der Vorführung ausgefüllt per Post, Fax oder E-mail an uns zurück gesandt werden!

KUNDENDATEN

Vor-/Zuname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ ggf. Ansprechpartner: _____

Krankheitsbild: _____

Geburtsdatum: _____ Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Krankenkasse/Kostenträger: _____

SYMPTOME/BEWEGLICHKEIT

- Können Sie selbständig stehen oder mit dem Rollator gehen? ja nein
Sind Sie lange nicht mehr gestanden? ja nein
Wird das Stehen regelmäßig geübt/trainiert? ja nein
Ist Kraft in beiden Armen und Beinen zum aufrichten vorhanden? ja nein

Rumpfstabilität:

Kann der Kopf und/oder der Oberkörper selbständig aufrecht gehalten werden? ja nein

Sind Ihre Gelenke frei beweglich?

- Kniegelenk ja nein
Hüftgelenk ja nein
Sprunggelenk ja nein

Wenn die Gelenke nicht frei beweglich sind und die Knochen/Gelenke länger nicht belastet wurden, MUSS vor der Anpassung/Vorführung des BALANCE-Trainers mit dem Arzt/Therapeuten gesprochen werden!

Soll der BALANCE-Trainer selbst bedient werden oder mit Hilfsperson? selbst mit Hilfe

IHRE WOHSITUATION

- ebenerdig ja nein => Wievielte Etage? _____
- Treppenaufgang – mindestens 110 cm breit? ja nein
- Flur – mindestens 110 cm breit? ja nein
- Treppenaufgang – mit Treppenlift? ja nein
- Treppenaufgang/Halbstock – zugestellt? ja nein
- Türen – mindestens 80 cm breit? ja nein
- genügend Platz in der Wohnung für den Trainer? ja nein
(Maße BALANCE-Trainer: 118 x 78 x 95-125 cm – L x B x H)

IHR THERAPEUT muss/sollte bei der Vorführung mit anwesend sein!

Praxisname: _____

behandelnder Therapeut: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Therapeut/in kommt zu Ihnen: An welchen Wochentagen? _____ Uhrzeit: _____

Sie gehen in die Praxis: An welchen Wochentagen? _____ Uhrzeit: _____

IHR FACHHÄNDLER

Sanitätshausname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Ansprechpartner: _____