



Rev.: 0

Rollstuhlerhebungsblatt (Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich.)

Name:	_____
Anschrift:	_____

Tel.:	_____
Fax.:	_____
e-mail:	_____

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
 Lumbalknick 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