

Kontakt Daten / Erprobungsbericht: Beantragung NF-Walker/Xplore

Bitte senden Sie dieses Formular inkl. Einverständniserklärung/ Verordnung/ Berichte an die untenstehende Adresse!

Name Patient*in	
Ansprechpartner	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Körpergröße cm	
Körpergewicht kg	
Diagnose	

Status:

1. Angaben zur Gelenkbeweglichkeit

Bestehen Kontrakturen?

- Ja
 Nein

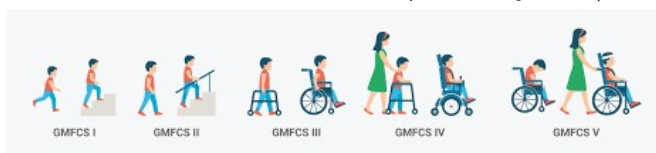
Welche Gelenke sind wie betroffen: _____

Kann der NF-Walker/Xplore trotz der Kontrakturen genutzt werden:

- Ja
 Nein

2. Angabe zum GMFCS Level wenn vorhanden (Cerebralparese)

- 1
 2
 3
 4
 5



3. Beschreibung der Geh- und Stehfähigkeit/Mobilität?

- keine Gehfähigkeit vorhanden
 gehfähig
 nur mit Hilfsmittel: _____
 nur mit Unterstützung einer Hilfsperson
 ist überwiegend in der sitzenden Position
 kann selbstständig stehen
 kann nur mit Hilfe stehen
 es besteht eine Sturzgefahr

4. Angaben zur Spastik/ Tonuserhöhung:

- keine Spastik / Tonuserhöhung vorhanden
Welche Extremitäten sind betroffen?
 rechtes Bein
 linkes Bein
 rechter Arm
 linker Arm
Welche Einschränkungen sind auf die Spastik / Tonuserhöhung zurückzuführen?
 Unbeweglichkeit beim Durchführen der alltäglichen Verrichtungen
 Einschränkungen der Gehfähigkeit, da die Muskelkraft durch die Spastik gehemmt wird

Made for Movement GmbH

Niedersachsenstraße 25a
30853 Langenhagen

Geschäftsführer: Birger Tufte Johansen

Fon: +49 (0)511 - 234 81 60
Fax: +49 (0)511 - 41 08 98 31
info.de@madeformovement.com
madeformovement.com

Bankverbindung
UniCredit Bank AG
IBAN: DE75 2003 0000 0030 2528 78
BIC: HYVEDEMM300

InstitutionsKennz. 590 320 962
Amtsgericht Hannover HRB 57715
Ust-Id Nr. DE 199 481 529
Zertifiziertes QM-System ISO 13485

5. Angaben zu den Folgen der verminderten Gehfähigkeit

- Verdauungsprobleme
- Durchblutungsstörungen
- Druckstellen
- Kreislaufbeschwerden
- Abbau der Muskulatur

Angaben zu weiteren Funktionseinschränkungen:

- Störungen der Koordination
- Störung der Motorik
- Gleichgewichtsprobleme

NF-Walker/Xplore – Dokumentation Erprobung:

Ort der Erprobung	
Datum / Zeitraum	am: / von: bis:
Nutzung / Woche	Nutzung pro Woche
Dauer / Nutzung	Minuten pro Nutzung
Gehstrecke mit Gerät	Gehstrecke in Metern

Sind während der Erprobungsphase negative Nebenwirkungen aufgetreten?

- Nein
- Ja, folgende Nebenwirkungen sind aufgetreten: _____

Können Sie bestätigen, dass das Gerät im häuslichen oder schulischen Umfeld (Kindergarten) genutzt werden kann?

- Ja
- Nein

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und bitten um Kostenübernahme dieser Gehhilfe.

Ort, Datum Unterschrift PatientIn / Erziehungsberechtigte

Ort, Datum Unterschrift TherapeutIn / BetreuerIn

Made for Movement GmbH

Niedersachsenstraße 25a
30853 Langenhagen

Geschäftsführer: Birger Tufte Johansen

Fon: +49 (0)511 - 234 81 60
Fax: +49 (0)511 - 41 08 98 31
info.de@madeformovement.com
madeformovement.com

Bankverbindung
UniCredit Bank AG
IBAN: DE75 2003 0000 0030 2528 78
BIC: HYVEDEMM300

InstitutionsKennz. 590 320 962
Amtsgericht Hannover HRB 57715
Ust-Id Nr. DE 199 481 529
Zertifiziertes QM-System ISO 13485