

## FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2006 — 368

[C - 2005/00803]

31 JANUARI 2005. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. — Duitse vertaling

De hierna volgende tekst is de Duitse vertaling van de verordening van 31 januari 2005 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (*Belgisch Staatsblad* van 22 maart 2005), opgemaakt door de Centrale dienst voor Duitse vertaling bij het Adjunct-arrondissementscommissariaat in Malmedy.

## SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2006 — 368

[C - 2005/00803]

31 JANVIER 2005. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. — Traduction allemande

Le texte qui suit constitue la traduction en langue allemande du règlement du 31 janvier 2005 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (*Moniteur belge* du 22 mars 2005), établie par le Service central de traduction allemande auprès du Commissariat d'arrondissement adjoint à Malmedy.

## FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2006 — 368

[C - 2005/00803]

31. JANUAR 2005 — Verordnung zur Abänderung der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung — Deutsche Übersetzung

Der folgende Text ist die deutsche Übersetzung der Verordnung vom 31. Januar 2005 zur Abänderung der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, erstellt von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen beim Beigeordneten Bezirkskommissariat in Malmedy.

## FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST SOZIALE SICHERHEIT

31. JANUAR 2005 — Verordnung zur Abänderung der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

Der Gesundheitspflegeversicherungsausschuss des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung,

Aufgrund des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, insbesondere des Artikels 22 Nr. 11;

Aufgrund der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, abgeändert durch die Verordnungen vom 1. Dezember 2003, 22. Dezember 2003, 16. Februar 2004, 15. März 2004, 13. September 2004 und 18. Oktober 2004;

Aufgrund des Vorschlags des Fachrates für Rollstühle vom 13. Januar 2005;

Aufgrund der Stellungnahme der Abkommenskommission Bandagisten-Versicherungsträger vom 19. Januar 2005;

Nach Beschlussfassung in seiner Versammlung vom 31. Januar 2005,

Erlässt:

**Artikel 1** - Artikel 6 § 1 Nr. 7 der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung wird wie folgt abgeändert:

1. In Absatz 2 werden zwischen den Wörtern «wenn es sich um Leistungen handelt, die von Bandagisten» und den Wörtern «und von Orthopädisten erbracht werden» die Wörter «, mit Ausnahme der in Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses erwähnten Leistungen,» eingefügt.

2. Folgender Absatz wird vor Absatz 3 eingefügt:

«— eine Lieferbescheinigung gemäß dem Muster in Anlage 13*bis*, wenn es sich um Leistungen handelt, die in Bezug auf Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses von Bandagisten erbracht werden,».

3. In Absatz 8, der Absatz 9 wird, werden die Wörter «eines Rollstuhls, eines Dreirads oder einer Gehhilfe» durch die Wörter «eines Mobilitätshilfsmittels und/oder seiner Anpassungen» ersetzt.

4. Nach Absatz 8, der Absatz 9 wird, werden folgende Absätze eingefügt:

«— multidisziplinärer Bericht über die Funktionsfähigkeit für den Antrag auf ein Mobilitätshilfsmittel und/oder Anpassungen gemäß dem Muster in Anlage 19*bis*,

— Begründungsbericht für den Antrag auf ein Mobilitätshilfsmittel und/oder Anpassungen gemäß dem Muster in Anlage 19*ter*,».

5. Absatz 9, der Absatz 12 wird, wird wie folgt ersetzt:

«— Antrag auf Beteiligung der Versicherung für ein Mobilitätshilfsmittel und/oder Anpassungen gemäß dem Muster in Anlage 20,».

6. [Entfällt]

**Art. 2** - Die Anlagen 19 und 20 zur Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung werden durch die in der Anlage beigefügten Anlagen 19 und 20 ersetzt.

**Art. 3** - Die in der Anlage beigefügten Anlagen 13*bis*, 19*bis* und 19*ter* werden zu den Anlagen der Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gefügt.

**Art. 4** - Vorliegende Verordnung wird an dem Datum wirksam, das vom Gesundheitspflegeversicherungsausschuss für das In-Kraft-Treten der Liste der erstattungsfähigen Produkte festgelegt worden ist, die aufgrund von Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses, abgeändert durch den Königlichen Erlass vom 12. Januar 2005, erstellt worden ist.

Brüssel, den 31. Januar 2005

Der diensttuende leitende Beamte  
Dr. G. VEREECKE

Der Präsident  
D. SAUER

Anlage zur Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

**Anlage 13bis (Seite 1 -Vorderseite)**

**LIEFERBESCHEINIGUNG FÜR BANDAGISTEN**  
(Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen)

**IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN**

*Vom Begünstigten auszufüllen oder Vignette der Krankenkasse aufkleben*

Name und Vorname des Begünstigten	
Geburtsdatum	
Nummer des Nationalregisters	
Adresse	
Krankenkasse	
Eintragungsnummer	
Aufenthaltsadresse des Begünstigten (nur angeben, wenn verschieden vom Wohnsitz)	

*Vom Pflegeerbringer auszufüllen*

**IDENTIFIZIERUNG DES PFLEGEERBRINGERS**

Vorliegender Antrag wird eingereicht von:

Name des zugelassenen Pflegeerbringers	
Zulassungsnummer beim LIKIV	
Name des Unternehmens	
Adresse des Unternehmens	

**GELIEFERTE LEISTUNGEN**

<b><u>Mobilitätshilfsmittel</u></b> <b><u>(Grundausrüstung)</u></b> (Marke/Typ)	VGL - Nummer	Produktcode auf der Liste	Preis	Y-Wert	Beteil. VT	Zuschlag Begünst.
<b><u>Anpassungen</u></b> (Marke/Typ)	VGL - Nummer	Produktcode auf der Liste	Preis	Y-Wert	Beteil. VT	Zuschlag Begünst.
<b>Untere Gliedmaßen</b>						

## Anlage 13bis (Seite 1 - Rückseite)

<u>Anpassungen</u> (Marke/Typ)	VGL - Nummer	Produktcode auf der Liste	Preis	Y-Wert	Beteil. VT	Zuschlag Begünst.
<b>Obere Gliedmaßen</b>						
<b>Positionierung (Sitz-Rücken)</b>						
<b>Sicherheit</b>						
<b>Steuerung/Antrieb</b>						

Lieferdatum . . / . . / . . .

Verschrieben von . . . . . Datum . . / . . / . . .

Die Verschreibung oder Erlaubnis des Vertrauensarztes vom . . / . . / . . ist beigefügt.

LIKIV-Erkennungsnummer des Verschreibers:  - Bei Krankenhausaufenthalt des Begünstigten: Nr. der Einrichtung:  - Dienst: 

Bei Drittzahlerregelung sind die auf dieser Bescheinigung erwähnten Beträge seitens der Krankenkasse auf folgende Kontonummer zu überweisen:

--

Datum . . / . . / . . .

Unterschrift des Pflegeerbringers .....

*Vom Begünstigten auszufüllen*

Ich bestätige, die oben erwähnte(n) Leistung(en) erhalten zu haben: Nr. ....

.....

.....

Datum . . / . . / . . .

Unterschrift .....

Gesehen, um der Verordnung vom 31. Januar 2005 beigefügt zu werden

Der diensttuende leitende Beamte  
Dr. G. VEREECKEDer Präsident  
D. SAUER

Anlage zur Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

**Anlage 19 (Seite 1 -Vorderseite)**

**ÄRZTLICHE VERSCHREIBUNG FÜR EIN MOBILITÄTSHILFSMITTEL  
UND/ODER ANPASSUNGEN**

(Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen)

**IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN**

*Vom Begünstigten auszufüllen oder Vignette der Krankenkasse aufkleben*

Name und Vorname des Begünstigten	
Geburtsdatum	
Nummer des Nationalregisters	
Adresse	
Krankenkasse	
Eintragungsnummer	
Aufenthaltsadresse des Begünstigten (nur angeben, wenn verschieden vom Wohnsitz)	

*Vom verschreibenden Arzt auszufüllen*

**1. VERSCHREIBUNG**

Der Unterzeichnete, Doktor der Medizin, erklärt hiermit, dass bei ..... (Name und Vorname des Begünstigten) infolge von funktionellen und/oder anatomischen Beeinträchtigungen Einschränkungen in seiner/ihrer Mobilität vorliegen. Das führt beim Begünstigten zu Problemen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Deshalb muss der Begünstigte endgültig ein angepasstes Fortbewegungsmittel bekommen.

Verschreibung für:

- Gehhilfe
- Rollstuhl - Rahmen
- Stehgerät
- Therapiedreirad
- Anpassung eines bereits gelieferten Mobilitätshilfsmittels
- Antidekubituskissen
- modular anpassbares System zur Unterstützung der Sitzhaltung

Betrifft:  erster Antrag  
 Erneuerung

**2. DIAGNOSE**

Anfangsdatum des Leidens/des Vorfalls, das/der der Behinderung zugrunde liegt: .....	
Die Behinderung ist Folge eines Unfalls:	JA - NEIN

**Anlage 19 (Seite 1 - Rückseite)**

<u>Diagnose, die dieser Verschreibung zugrunde liegt:</u>  <u>Beschreibung der derzeitigen medizinischen Situation</u> (oder medizinischen Bericht neueren Datums/aktualisierten medizinischen Bericht beifügen) (bei einseitigem Leiden Seite angeben)
<u>Prognose</u> · kurzfristig:  · über 5 Jahre:

**3. BEURTEILUNG DER GEBRAUCHSDAUER DES HILFSMITTELS**

Der Gebrauch ist:	<input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> endgültig
Der Gebrauch ist notwendig für:	<input type="checkbox"/> einen begrenzten Teil des Tages <input type="checkbox"/> einen Großteil des Tages <input type="checkbox"/> einen ständigen Gebrauch
Eventuelle Anmerkungen:	

**4. GLOBALE BESCHREIBUNG DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT DES BEGÜNSTIGTEN**

*Für einen Antrag auf Gehhilfe nur Rubrik a, b und c ausfüllen*

*Für einen Antrag auf Anpassung eines bereits gelieferten Mobilitätshilfsmittels sofort zu Nr. 5 übergehen*

In der ärztlichen Verschreibung beschreibt der verschreibende Arzt auf der Grundlage der Diagnose das Ausmaß der funktionellen und/oder anatomischen Einschränkungen des Begünstigten und die Einschränkungen und Schwierigkeiten bei Teilhabe an Aktivitäten, die sich daraus ergeben. Zu diesem Zweck beschreibt er detailliert eine Anzahl Funktionen des Fortbewegungssystems auf der Grundlage des ICF-Kodierungssystems. Auf der Grundlage hiervon bestimmt er für jede Funktion eine Kodierung.

**Kodierungen (das heißt Ausmaß der funktionellen Einschränkungen)**

- 0 = KEINE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (keine, nicht vorhanden, unbedeutend 0-4 %)
- 1 = LEICHTE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (gering, schwach 5-24 %)
- 2 = MÄSSIGE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (nicht unwesentlich 25-49 %)
- 3 = ERHEBLICHE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (hoch, stark, beträchtlich 50-95 %)
- 4 = VOLLSTÄNDIGE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (vollständig 96-100 %)
- 8 = nicht spezifizierte Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten
- 9 = nicht anwendbar

**Anlage 19 (Seite 2 - Vorderseite)**

Anhand der globalen Beurteilung der verschiedenen Funktionen wird bestimmt, ob der Begünstigte für das vorgeschlagene Mobilitätshilfsmittel in Frage kommt.

<b>Funktion</b>	<b>Kodierung<sup>1</sup></b>	<b>Globale Beschreibung und Begründung (Zutreffendes umkreisen oder beschreiben)<sup>2</sup></b>
a Sich in seiner Wohnung fortbewegen <b>d4600</b> (kurze Distanzen)		keine Schwierigkeit, mit Stütze, mit Gehhilfe, mit Hilfe einer Person, Fortbewegungen ohne Hilfe mit großer Mühe oder unmöglich...
b Sich im Außenbereich fortbewegen <b>d4602</b> (lange Distanzen)		keine Schwierigkeit, mit Stütze, mit Gehhilfe, mit Hilfe einer Person, Fortbewegungen ohne Hilfe mit großer Mühe oder unmöglich...
c In stehender Position verbleiben <b>d4154</b> (eine Zeit lang)		keine Schwierigkeit, mit Stütze, mit Hilfe einer Person, Fortbewegungen ohne Hilfe mit großer Mühe oder unmöglich...
d Hand- und Armgebrauch <b>d445</b> (sich anheben, Veränderung der Haltung, selbständiger Antrieb eines manuellen Rollstuhls/Elektrollstuhls...)		kann sich/kann sich nicht selbständig anheben kann/kann nicht selbständig Haltung verändern kann/kann nicht selbständig manuellen Rollstuhl/Elektrollstuhl anschieben/steuern
e Sich verlagern <b>d420</b>		Lagewechsel in/aus dem Rollstuhl: selbständig/mit Hilfe/mit großer Mühe/unmöglich ohne Hilfe
f In sitzender Position verbleiben <b>d4153</b>		In sitzender Position verbleiben: selbständig/gestützt/vollständig passiv/...
g Kognitive Funktionen (Wachsamkeit, Aufmerksamkeit, Orientierung in Zeit/Raum...)		

<sup>1</sup> Ergänzen oder Zutreffendes umkreisen.

<sup>2</sup> Ergänzen oder Zutreffendes umkreisen.

**Anlage 19 (Seite 2 - Rückseite)****Zusätzliche Informationen (wenn nötig)**

z. Bsp. Haltungsanomalien, Probleme an Gesäß oder Steißbein, Bildung von Ödemen, Inkontinenz, Essstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Beeinträchtigungen von Herz oder Blutgefäßen, Beeinträchtigungen des respiratorischen Systems, Hautprobleme, Dekubitus...

**5. BEGRÜNDUNG BEI ANTRAG AUF EINE ANPASSUNG EINES BEREITS GELIEFERTEN MOBILITÄTSHILFSMITTELS**

Welche Einschränkungen erfordern den Zusatz von einer oder mehreren Anpassungen an ein bereits geliefertes Mobilitätshilfsmittel?

**6. EVENTUELLE ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN**

Datum und Unterschrift	Stempel mit LIKIV-Nummer
	Verschreibender Arzt

**Anlage 19 (Seite 3)**

**FÜR DEN BEGÜNSTIGTEN BESTIMMTE FELDER**

*Vom Begünstigten auszufüllen*

<b>Verwendungszweck des Mobilitätshilfsmittels<sup>3</sup>:</b>	<input type="checkbox"/> gelegentliche Fortbewegung <input type="checkbox"/> Sitzgelegenheit - täglicher Gebrauch und während des Tages <input type="checkbox"/> Teilhabe am Familienleben <input type="checkbox"/> Teilhabe am gesellschaftlichen Leben <input type="checkbox"/> Arbeit oder Teilnahme an Ausbildung <input type="checkbox"/> Sport oder Entspannung <input type="checkbox"/> andere: .....
---	--

<b>Faktoren, die den Gebrauch eines Mobilitätshilfsmittels beeinflussen (globale Beschreibung der für die Beurteilung des Antrags relevanten Angaben)</b>	
Wohnumfeld	
Besonderheiten des Wohnumfelds	
Besonderheiten der Ausbildung oder Schulung	
Besonderheiten der Arbeit	
Soziale Aktivitäten	-

Datum . . / . . / . . .
Unterschrift des Begünstigten .....

<sup>3</sup> Zutreffendes ankreuzen.

Gesehen, um der Verordnung vom 31. Januar 2005 beigelegt zu werden

Der diensttuende leitende Beamte  
 Dr. G. VEREECKE

Der Präsident  
 D. SAUER

Anlage zur Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

**Anlage 19bis (Seite 1 -Vorderseite)**

**MULTIDISZIPLINÄRER BERICHT ÜBER DIE FUNKTIONSFÄHIGKEIT FÜR DEN ANTRAG  
AUF EIN MOBILITÄTSHILFSMITTEL UND/ODER ANPASSUNGEN  
(Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen)**

Der Begünstigte muss diese Unterlage dem Pflegeerbringer seiner Wahl übermitteln.

**IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN**

*Vom Begünstigten auszufüllen oder Vignette der Krankenkasse aufkleben*

Name und Vorname des Begünstigten	
Geburtsdatum	
Nummer des Nationalregisters	
Adresse	
Krankenkasse	
Eintragungsnummer	
Aufenthaltsadresse des Begünstigten (nur angeben, wenn verschieden vom Wohnsitz)	

**BERICHT ÜBER DIE FUNKTIONSFÄHIGKEIT IN BEZUG AUF DEN GEBRAUCH EINES  
MOBILITÄTSHILFSMITTELS**

*Multidisziplinär auszufüllen*

Dieser Bericht über die Funktionsfähigkeit wird erstellt für .....  
(Name und Vorname des Begünstigten)

**Kodierungen (das heißt Ausmaß der funktionellen Einschränkungen)**

- 0 = KEINE Einschränkung oder Schwierigkeit bei Teilhabe an Aktivitäten (keine, nicht vorhanden, unbedeutend 0-4 %)
- 1 = LEICHTE Einschr. oder Schwierigk. bei Teilhabe an Aktiv. (gering, schwach 5-24 %)
- 2 = MÄSSIGE Einschr. oder Schwierigk. bei Teilhabe an Aktiv. (nicht unwesentlich 25-49 %)
- 3 = ERHEBLICHE Einschr. oder Schwierigk. bei Teilhabe an Aktiv. (hoch, stark, beträchtlich 50-95 %)
- 4 = VOLLSTÄNDIGE Einschr. oder Schwierigk. bei Teilhabe an Aktiv. (vollständig 96-100 %)
- 8 = nicht spezifizierte Einschr. oder Schwierigk. bei Teilhabe an Aktiv.
- 9 = nicht anwendbar

Funktionsfähigkeit/Mobilität	Kodierung	Beschreibung
<b>1. Fortbewegung: Gehen (selbständiges Aufstehen und Hinsetzen einbegriffen)<sup>(*)</sup></b>		
1.1 Selbständiges Gehen im Innenbereich - Hände für Aktivitäten frei. Gehprobleme im Außenbereich wegen:		
1.2 Selbständiges Gehen nur im Innenbereich, Lagewechsel einbegriffen - Hände für Aktivitäten nicht frei. Gehen im Außenbereich unmöglich		
1.3 Gehen im Innen- und Außenbereich unmöglich		

<sup>(\*)</sup> Kodierung muss angegeben werden.

## Anlage 19bis (Seite 1 - Rückseite)

Funktionsfähigkeit/Mobilität	Kodierung	Beschreibung
<b>2. Funktion der oberen Gliedmaßen und bleibende Funktionen in Bezug auf die Steuerung eines Rollstuhls<sup>(*)</sup></b>		
2.1 Kann einen manuellen Rollstuhl im Innen- und Außenbereich bedienen oder wird es in naher Zukunft können		
2.2 Hat eine begrenzte Funktion der oberen Gliedmaßen (links, rechts) und kann einen manuellen Rollstuhl nur auf ebenem Gelände und im Innenbereich steuern		
2.3 Kann ein Elektromobil steuern		
2.4 Kann einen Elektrorollstuhl mittels Joystick steuern		
2.5 Kann einen Elektrorollstuhl mittels angepasster Steuerung steuern: Fuß, Kinn, Kopf...		
2.6 Benötigt spezifische Anpassungen an Umgebungsbedingungen oder eine kombinierte Steuerung		
2.7 Hat keine Funktionen für das Fahren mit manuellem Rollstuhl oder Elektrorollstuhl		
<b>3. Sitzfunktion, Stabilität des Rumpfes und des Kopfes einbegriffen<sup>(*)</sup></b>		
3.1 Keine derzeitigen Sitz- oder Stabilitätsprobleme		
3.2 Eventuelle spätere Sitz- oder Stabilitätsprobleme wegen:		
3.3 Sitz- und Stabilitätsprobleme - Becken, Rumpf, Kopf - wegen:		

Funktionsfähigkeit/Mobilität	Beschreibung
<b>4. Dekubitusrisiko wegen</b>	
4.1 Empfindungsstörungen, trophischen Störungen, anatomischen Anomalien...	
4.2 Inkontinenz, Allergie, Transpiration	
4.3 Kann sich nicht anheben aufgrund körperlicher Unfähigkeit, mentaler Unfähigkeit, Bewusstseinsstörungen...	

**Anlage 19bis (Seite 2 - Vorderseite)**

<b>Funktionsfähigkeit/Mobilität</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>5. Wichtige zusätzliche Punkte in Bezug auf den Rollstuhlbericht</b>	
5.1 Spastizität: OG/UG/Rumpf/Hals	
5.2 Unkontrollierbare Bewegungen: OG/UG/Rumpf/Hals	
5.3 Kontrakturen oder Ankylose: OG/UG/Rumpf/Hals	
5.4 Größe	
5.5 Gewicht	
5.6 Gleichgewicht	
5.7 Ausdauer/Belastbarkeit	
<b>6. Persönliche Merkmale</b>	
6.1 Sinnesfunktionen:	
· Tasten	
· Sehen	
· Hören	
6.2 Orientierung Zeit, Raum und Person	
6.3 Kognition: denken, lernen, sich einprägen	
6.4 Verhalten: unruhig, ruhig, inaktiv, überaktiv, Verantwortungsgefühl, anderes, nämlich:	

## Anlage 19bis (Seite 2 - Rückseite)

Funktionsfähigkeit/Mobilität	Beschreibung
<b>7. Aktivitätsgrad und Teilhabe</b>	
7.1 Tägliche Aktivitäten und Verrichtungen mit Rollstuhl	
· Im Wohnbereich: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· In unmittelbarer Umgebung: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· Auf dem Schulweg, Arbeitsweg: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· Sport oder Freizeit: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· Besorgungen: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· Besuch der Familie oder von Freunden: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· Theater oder Kino: <i>immer, meistens, gelegentlich</i>	
· Verschiedenes:	
7.2 Beförderung auf mittellangen Strecken	
7.2.1 Kann ein mechanisches System steuern: angepasstes Rad, Dreirad, Sitzdreirad, Liegedreirad, Handbike	
7.2.2 Kann nur ein motorisiertes oder elektronisches System benutzen: Rad mit Elektromotor, Dreirad mit Hilfsmotor, Handbike mit Hilfsmotor, Antriebssystem für Rollstuhl, Elektromobil oder Elektrorollstuhl	
7.3 Beförderung auf langen Strecken	
7.3.1 Fährt selbst mit dem Auto - führt Lagewechsel selbständig aus - nimmt selbständig den Rollstuhl mit (oder fährt selbst mit Elektrorollstuhl in Fahrzeug)	
7.3.2 Fährt selbst mit dem Auto - braucht Hilfe bei Lagewechsel ins Auto, bei Auseinander- und Zusammenklappen des Rollstuhls	
7.3.3 Wird befördert mit: gewöhnlichem Fahrzeug, angepasstem Fahrzeug, Kleintransporter	
7.3.4 Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel: selbständig/mit Hilfe	

## Anlage 19bis (Seite 3 - Vorderseite)

Funktionsfähigkeit/Mobilität	Beschreibung
<b>8. Umfeld</b>	
8.1 Wohnsitz	
· Zugänglichkeit der Wohnung mit Rollstuhl: selbständig/mit Hilfe	
· Stauraum für Hilfsmittel: ja/nein	
8.2 Schule/Arbeit	
· Zugänglichkeit: selbständig/mit Hilfe	
· Unterstützung:	
8.3 Andere häufig besuchte Orte (genau angeben)	
· Zugänglichkeit: selbständig/mit Hilfe	
· Unterstützung:	
8.4 Landschaftsgebundene Elemente	
· Ebenes, unebenes, hügeliges, bergiges Gelände:	
· Andere:	

**Anlage 19bis (Seite 3 - Rückseite)****SCHLUSSFOLGERUNG(EN) DES MULTIDISZIPLINÄREN TEAMS**

--

Dieser multidisziplinäre Bericht wurde erstellt von:

Datum		
Arzt (Rehabilitationsarzt)	Name Zulassungsnummer	Unterschrift
Ergotherapeut oder Heilgymnast	Name Zulassungsnummer	Unterschrift
Andere (Beschreibung der Funktion)	Name Zulassungsnummer	Unterschrift

**Anlage 19bis (Seite 4)****FÜR DEN BEGÜNSTIGTEN BESTIMMTES FELD**

*Vom Begünstigten auszufüllen*

- Ich habe die Unterlage vollständig eingesehen.  
 Ich möchte folgende Anmerkungen machen:

(einen oder mehrere Vorschläge ankreuzen)

**Anmerkungen/Kommentare:**

Datum . . . / . . . / . . .

Name und Unterschrift des Begünstigten . . . . .

Gesehen, um der Verordnung vom 31. Januar 2005 beigelegt zu werden

Der diensttuende leitende Beamte  
Dr. G. VEREECKE

Der Präsident  
D. SAUER

Anlage zur Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

**Anlage 19ter (Vorderseite)**

**BEGRÜNDUNGSBERICHT FÜR DEN ANTRAG AUF EIN MOBILITÄTSHILFSMITTEL  
UND/ODER ANPASSUNGEN**

(Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen)

**IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN**

*Vom Begünstigten auszufüllen oder Vignette der Krankenkasse aufkleben*

Name und Vorname des Begünstigten	
Geburtsdatum	
Nummer des Nationalregisters	
Adresse	
Krankenkasse	
Eintragungsnummer	
Aufenthaltsadresse des Begünstigten (nur angeben, wenn verschieden vom Wohnsitz)	

*Vom Pflegeerbringer auszufüllen*

**ALLGEMEINE TYPOLOGIE DES MOBILITÄTSHILFSMITTELS (GRUNDAUSSTATTUNG)**

Dieser Begründungsbericht wird erstellt für .....  
(Name und Vorname des Begünstigten)

Hauptgruppe:	
Untergruppe:	
VGL-Nummer:	
Begründung:	

**ALLGEMEINE TYPOLOGIE DER ANPASSUNGEN**

	VGL-Nummer	Begründung
<b>Untere Gliedmaßen</b>		
<b>Obere Gliedmaßen</b>		

**Anlage 19ter (Rückseite)**

	VGL-Nummer	Begründung
<b>Positionierung (Sitz-Rücken)</b>		
<b>Sicherheit</b>		
<b>Steuerung/Antrieb</b>		

**PRÜFUNG DES MOBILITÄTSHILFSMITTELS** (nur obligatorisch für Elektrorollstühle)

- Die Prüfung des Mobilitätshilfsmittels wurde ausgeführt.

Beschreibung der Prüfung

**SONDERANFERTIGUNG**

- Dieser Begründungsbericht betrifft eine Leistung beziehungsweise Leistungen in Bezug auf Sonderanfertigungen.

Begründung

**IDENTIFIZIERUNG DES PFLEGEERBRINGERS**

Dieser Bericht wurde erstellt von:

Zugelassener Pflegeerbringer	Name Erkennungsnummer
Datum	Unterschrift

Gesehen, um der Verordnung vom 31. Januar 2005 beigefügt zu werden

Der diensttuende leitende Beamte  
Dr. G. VEREECKE

Der Präsident  
D. SAUER

Anlage zur Verordnung vom 28. Juli 2003 zur Ausführung von Artikel 22 Nr. 11 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung

**Anlage 20 (Seite 1 -Vorderseite)**

**ANTRAG AUF BETEILIGUNG DER VERSICHERUNG FÜR EIN MOBILITÄTSHILFSMITTEL  
UND/ODER ANPASSUNGEN**

(Artikel 28 § 8 des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen)

**IDENTIFIZIERUNG DES BEGÜNSTIGTEN**

*Vom Begünstigten auszufüllen oder Vignette der Krankenkasse aufkleben*

Name und Vorname des Begünstigten	
Geburtsdatum	
Nummer des Nationalregisters	
Adresse	
Krankenkasse	
Eintragungsnummer	
Aufenthaltsadresse des Begünstigten (nur angeben, wenn verschieden vom Wohnsitz)	

*Vom Pflegeerbringer auszufüllen*

**IDENTIFIZIERUNG DES PFLEGEERBRINGERS**

Vorliegender Antrag wird eingereicht von:

Name des zugelassenen Pflegeerbringers	
Zulassungsnummer beim LIKIV	
Name des Unternehmens	
Adresse des Unternehmens	

**BEANTRAGTE LEISTUNGEN**

<b><u>Mobilitätshilfsmittel</u></b> <b><u>(Grundausstattung)</u></b> (Marke/Typ)	VGL - Nummer	Produktcode auf der Liste	Preis	Y-Wert	Beteil. VT	Zuschlag Begünst.

**Anlage 20 (Seite 1 - Rückseite)**

<u>Anpassungen</u> (Marke/Typ)	VGL - Nummer	Produktcode auf der Liste	Preis	Y-Wert	Beteil. VT	Zuschlag Begünst.
<b>Untere Gliedmaßen</b>						
<b>Obere Gliedmaßen</b>						
<b>Positionierung (Sitz-Rücken)</b>						
<b>Sicherheit</b>						
<b>Steuerung/Antrieb</b>						

**KOSTENVORANSCHLAG SONDERANFERTIGUNG**

Beschreibung	Preis (EUR) (MwSt. einbegr.)

Datum . . . / . . . / . . .

Unterschrift des Pflegeerbringers .....

**Anlage 20 (Seite 2)**

**FÜR DEN BEGÜNSTIGTEN BESTIMMTE FELDER**

*Vom Begünstigten auszufüllen*

**PAUSCHALE**

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Pauschale .....
--

**VOM BEGÜNSTIGTEN BEANTRAGTE ANPASSUNGEN, FÜR DIE KEINE BETEILIGUNG IM RAHMEN DER PFLICHTVERSICHERUNG VORGESEHEN IST**

Ich gebe mein Einverständnis für die nachstehend aufgenommenen nicht erstattungsfähigen Anpassungen:

Ausführliche Beschreibung der vom Begünstigten beantragten nicht erstattungsfähigen Anpassungen	Preis (EUR) (MwSt. einbegr.)
<b>Gesamt</b>	

**ÜBERMITTLUNG DER AKTE AN DEN FONDS FÜR DIE SOZIALE EINGLIEDERUNG VON PERSONEN MIT BEHINDERUNG**

<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden, dass die Krankenkasse meine Akte an den Fonds für die soziale Eingliederung von Personen mit Behinderung weiterversendet zwecks Antrag auf zusätzliche oder andere Beteiligung.
---

Datum . . . / . . . / . . .  Unterschrift des Begünstigten .....
--

**Anlage 20 (Seite 3 - Vorderseite)**

**BESCHLUSS DES VERTRAUENSARZTES**

Datum . . . / . . . / . . .

Unterschrift des Vertrauensarztes . . . . .

