

## Kontakt Daten / Erprobungsbericht: Beantragung Innowalk

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

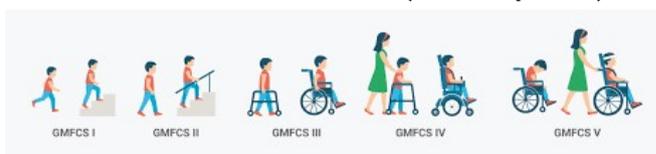
Welche Gelenke sind wie betroffen: \_\_\_\_\_

Kann der Innowalk trotz der Kontrakturen genutzt werden:

- Ja  
 Nein

#### 2. Angabe zum GMFCS Level wenn vorhanden (Cerebralparese)

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5



#### 3. Angaben zu Art und Umfang der Lähmung

Welche Extremitäten sind betroffen?

- rechtes Bein  
 linkes Bein  
 rechter Arm  
 linker Arm

Die Lähmung der Extremitäten ist

- komplett  
 inkomplett

#### 4. Beschreibung der Geh- und Stehfähigkeit/Mobilität?

- keine Gehfähigkeit vorhanden  
 gehfähig
  - nur mit Hilfsmittel: \_\_\_\_\_
  - nur mit Unterstützung einer Hilfsperson ist überwiegend bettlägerig  
 kann selbstständig stehen  
 kann nur mit Hilfe stehen  
 es besteht Sturzgefahr

Made for Movement GmbH

Niedersachsenstraße 25a  
30853 Langenhagen

Geschäftsführer: Birger Tuftte 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 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  
 Probleme bei der Blasenentleerung  
 Einschränkungen der Gehfähigkeit, da die Muskelkraft durch die Spastik gehemmt wird

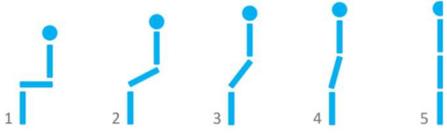
**6. Angaben zu den Folgen des Bewegungsmangels:**

- Verdauungsprobleme  
 Durchblutungsstörungen  
 Druckstellen  
 Kreislaufbeschwerden  
 Abbau der Muskulatur

Angaben zu weiteren Funktionseinschränkungen:

- Störungen der Koordination  
 Störung der Motorik  
 Gleichgewichtsprobleme

**Innowalk – Dokumentation Erprobung:**

Ort der Erprobung	
Datum / Zeitraum	am: ..... / von: ..... bis: .....
Einheiten / Woche	Einheiten pro Woche
Dauer pro Einheit	Minuten pro Einheit
Aufrichtung (bitte umkreisen)	
Welches Zubehör wurde genutzt?	Armpendel: ____ / Therapietisch: ____ / Schultergurte: ____ / Handfixationen: ____

**Sind während der Erprobungsphase negative Nebenwirkungen aufgetreten?**

- Nein  
 Ja, folgende Nebenwirkungen sind aufgetreten: \_\_\_\_\_

**Können Sie bestätigen, dass das Gerät im häuslichen Gebrauch genutzt werden kann?**

- Ja  
 Nein

**Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und bitten um Kostenübernahme eines Innowalk.**

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Ort, Datum

Unterschrift TherapeutIn / BetreuerIn

**Made for Movement GmbH**

Niedersachsenstraße 25a  
30853 Langenhagen

Geschäftsführer: Birger Tuftte 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