

B Produktbezogener Teil
PG 16 Hilfsmittel für Kommunikation und Information

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung Zweitversorgung Folgeversorgung Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.
* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.
* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel
* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

3. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

Bestehende Kommunikation beim Kind:

Mimik Gesten / Handzeichen Symboltafel Einwortäußerung

Lautieren Gebärden (z.B. DGS, GuK, Schau doch meine Hände an...) Buchstabentafel Mehrwortäußerung

Lautsprache Symbole Schreiben

Mögliche Ansteuerung:

direkte Ansteuerung Scanning Maus / Joystick

Tastatur Augen Fingerführraster

5. Zielsetzung der Versorgung (PG 16)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut/Pädagoge sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

1. Ausgleich einer körperlichen Beeinträchtigung durch angemessene Ansteuerung

- Hilfsmittel direkt ansteuern (z.B. mit Fingerführung, Kopfm Maus, Augensteuerung)
- Hilfsmittel indirekt ansteuern (z.B. im Scanning)
- _____

2. Orientierung im Alltag und in der Kommunikation

- Orientierung in Räumen, bei Personen, in der Zeit, für Handlungsabläufe, für Verhaltensweisen (z.B. Konsequenzpläne)
- _____

3. Handlungen/Kommunikation eigenständig initiieren / Handlungsurheber sein

- Ursache-Wirkungs-Prinzip (Grundlage jeglicher Kommunikation) erwerben /festigen
- Beziehungen gestalten und Dialoge aufbauen (wechselseitig Handeln, Turn/Taking, im Gruppengeschehen bestimmen)
- _____

4. Soziale Kontakte fördern / Teilhabe, Inklusion in der Gruppe

- von Erlebnissen berichten (z.B. vom Schultag)
- Handlungen steuern (z.B. beim Bäcker bestellen)
- Aufgaben ausführen (Dienste übernehmen, Ansagen machen, Mitschüler auswählen)
- _____

5. Vokabular/Themen eigenständig auswählen

- Gezielt auswählen (z.B. Lebensmittel, Spielsachen)
- Mehrwortaussagen bilden, Spracherwerb ausbauen (z.B. mit Einzelwortstrategien)
- sich komplex mitteilen, angemessen großes Vokabular nutzen
- Kommunikation über Schriftsprache tätigen, Schriftspracherwerb ausbauen
- _____

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschreiben Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Zielerreichung voll teilweise nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut / Pädagoge

Leistungserbringer

Datum



4. Anforderungen an die Ausstattung

Gerät:

- Sprachausgabe
- Schrifteingabe
- Symboleingabe
- Umfeldsteuerung
- Bildschirmtastatur
- Sonstige Tastatur:

Vokabular / Inhalt:

- Vokabelstrategie
- individuelle Erweiterung des Vokabulars
- Rasterstruktur (z.B. 3 x 3 Felder pro Seite)
- freie Struktur (z.B. mit Szenenbildern / Fotos)
- Förderung des Schriftspracherwerbs

Zubehör:

- Halterung (z.B. für Rollstuhl, Tisch, Rollständer)
- Tasche
- Tragesystem
- Sensoren / Taster, externe Maus etc.
- Sonstiges:

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte füllen Sie diesen Teil unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG aus.
Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung zu dem Hilfsmittel für die Benutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

Bemerkungen:

5. Notwendige Besonderheiten

Begründung:

6. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam (falls möglich mit HMV-Nr.)

Begründung des Einzelproduktes:

Unterschriften des Versorgungsteams:

| Name | Unterschrift | Datum |
|------|--------------|-------|
|------|--------------|-------|

Erziehungsberechtigte: _____

Arzt/Therapeut: _____

(zur Kenntnisnahme)

Leistungserbringer: _____

Ich bin damit einverstanden, dass für das Kind (Vorname): _____

zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten einschließlich einer Fotodokumentation zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Hilfsmittelleistungserbringers (z.B. Sanitätshaus) genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben.

Der Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten / Betreuers / sonstigen Verantwortlichen

Unterschrift

Datum