

CHECKLISTE ZUR ROLLSTUHLVERSORGUNG

Größe ___ Gewicht ___ Alter ___

Welche Erkrankung oder Behinderung liegt vor? _____

Rollstuhlabhängigkeit? vollkommen teilweise

Wenn **Restfunktionen** der Beine **vorhanden**:

Geteilte Fußplatten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abnehmbare Beinstützen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eventuell lange Seitenteile zum Abstützen beim Aufstehen/Hinsetzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stockhalter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollstuhl als gelegentliche „Gehhilfe“ (höhneverstellbare Schiebegriffe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn **keine Beifunktionen** vorhanden:

Durchgehendes Fußbrett zur stabileren Positionierung der Füße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rahmenintegrierte Beinstütze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kleiderschutzseitenteil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seitenteil abnehmbar oder abklappbar u. abschwenkbar für den seitlichen Transfer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind **zusätzliche Behinderungen** vorhanden?

Amputationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Radstandverlängerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Amputationsbeinstütze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhl-, Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inkontinenzschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spezialsitzkissen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geistige Behinderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstständige Bedienung des Rollstuhls möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie **treibt** der Patient den Rollstuhl **an**?

Beidseitig über Greifreifen -> Sitzneigung nach hinten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Trippelstuhl -> Sitzneigung nach vorne -> Spezialsitzkissen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mit einem Fuß -> Symmetrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kippgefahr nach hinten/zur Seite (Ataxie, Spastik...)? _____

Anpassbare (aktive) Sitzeinheit für eine ergonomische und stabile Sitzposition _____ Rückengurthöhe _____

Anpassrücken ja nein Sicherheitsgurt ja nein

Minimale **Türbreite** (Bad, Toilette)? ____ **Fahrstuhlbreite** und -tiefe? ____

Liegt in der Wohnung/im Haus **Teppichboden** oder sind Teppiche vorhanden? (Bereifung) ____

Haupteinsatzbereich des Rollstuhls?

Als Selbstfahrer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Als Schiebestuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Draußen/längere Strecken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Überwiegend innen –	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werkstatt/Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hände und **Handfunktionen**:

Bei fehlender Sensibilität in den Händen ist evtl. ein Hand-Speichenschutz erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Dekubitusgefahr?

Ist der Einsatz eines Antidekubituskissens erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eventuell den Rollstuhl mit einem Sitzfell ausrüsten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wer verläßt? Begleitperson oder Rollstuhlnutzer? _____

Erstversorgung oder längere Rollstuhlabhängigkeit? _____

Was war am **vorherigen** Rollstuhl **gut/schlecht**? _____

Wo tauchten **Probleme** auf? _____

Nimmt der Rollstuhlfahrer an **Gewicht zu /ab**? _____

Begleitperson

Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bremsen für Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei niedriger Sitzhöhe höhenverstellbare Schiebegriffe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sehr große Begleitperson benötigt auch bei normaler Sitzhöhe evtl. verstellbare Schiebegriffe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein