

Erkrankungen, Atemwegs-
erkrankungen u. ä.)?

Liegen diagnostizierte
Hauterkrankungen vor?

ja, welche:

nein

Werden versorgungsrelevante
Medikamente eingenommen?

ja, welche:

nein

Werden versorgungsrelevante
Therapien durchgeführt?

ja, welche:

nein

Sind Materialallergien bekannt?

ja, welche:

nein

Sind Implantate/Endoprothesen am
betroffenen Bein bekannt?

ja, welche:

nein

Welche anderen
versorgungsrelevanten Hilfsmittel
werden genutzt (z. B. Rollstuhl,
Rollator, Gehstützen, Gehstock u.
ä.)?

ja, welche:

nein

Allgemeiner Eindruck (Akzeptanz der Behinderung, Einstellung zur Versorgung usw.):

3 Angaben zur Vorversorgung

3.1 Allgemeine Angaben

Gibt es eine Vorversorgung?

ja, welche:

nein

Datum der Vorversorgung: _____

Leistungserbringer der Vorversorgung: _____

Angaben zu Passform, Aufbau und Funktion:

3.2 Bestandteile der bisherigen Versorgung

	Pos.-Nr. aus dem HMV								
	PG	AO	UG	A	Produkt				
Bauart des Schaftes: _____	2	4							
Fußpassteil: _____	2	4							
Kniepassteil: _____	2	4							
Hüftpassteil: _____	2	4							
Weitere Komponenten: _____	2	4							
_____	2	4							

Gewicht der Versorgung: _____

Ggf. gesondertes Beiblatt verwenden PG = Produktgruppe, AO = Anwendungsort, UG = Untergruppe, A = Produktart

4 Spezielle Angaben zum Stumpf und der kontralateralen Seite

4.1 Maßblätter nach Amputation/Fehlanlage im Bereich:

Anlage 1 – Fuß

Anlage 2 – Unterschenkel

Anlage 3 – Knie

Anlage 4 – Oberschenkel

Anlage 5 – Hüfte

4.2 Allgemeine Angaben

Stumpfform: zylindrisch kegelförmig birnenförmig

Sind die Wundheilung und die Stumpfkonditionierung abgeschlossen? ja nein

Weichteildeckung des Stumpfes: nicht ausreichend ausreichend übermäßig

Stumpfmuskulatur: muskulös atrophiert

Knöcherner Prominenz: keine vorhanden: _____

Volumenschwankungen: ja nein

Belastungsfähigkeit des Stumpfes: keine teilweise voll

Palpationsbefund: _____

4.3 Narben und Haut

Amputationsnarbe verheilt: ja nein

Narbe eingezogen: ja nein Narbe mit Knochen verwachsen: ja nein

Zusätzliche Narben: keine ja, Beschreibung: _____

Schädigungen (z. B. Hautläsionen, Druckstellen, Scheuerstellen): _____

Hauttransplantation nein ja, wo: _____

Sensibilität: unauffällig vermehrt vermindert

Stumpfschmerzen: keine ja, wo: _____

Temperatur: wärmer kälter seitengleich

Gefäßprothese: keine ja, wo: _____

Ödeme: keine ja, wo: _____

Bemerkungen: _____

4.4 Bewegungsausmaße/Kontrakturen

Hüfte: Extension/Flexion (10° – 0° – 130°) rechts: _____ links: _____

 Ab-/Adduktion (45° – 0° – 30°) rechts: _____ links: _____

Kniegelenk: Extension/Flexion (bei 90° gebeugtem Kniegelenk; 5° – 0 – 130°) rechts: _____ links: _____

Oberes Sprunggelenk (OSG): Dorsalextension/Plantarflexion (20° – 0 – 40°) rechts: _____ links: _____

Kontraktur: Sprunggelenk (OSG): _____ Knie: _____ Hüfte: _____

Bewegungseinschränkungen des Rumpfes oder der unteren Extremität: _____

Bewegungseinschränkungen kontralaterale Seite: _____

4.5 Muskelfunktionstest nach Janda¹

Muskelstatus betroffenes Bein:	0	1	2	3	4	5
Hüftgelenk – Extension:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk – Flexion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk – Abduktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk – Adduktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniegelenk – Extension:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniegelenk – Flexion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oberes Sprunggelenk – Dorsalextension:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberes Sprunggelenk – Plantarflexion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehengelenke heben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehengelenke senken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krafteinschränkungen auf der Gegenseite: nein ja: _____

- ¹ 0 komplette Lähmung – keine Muskelaktivität erkennbar
 1 sehr schwere Lähmung – Muskelaktivität erkennbar ohne Bewegungsausschlag
 2 schwere Lähmung – Bewegung unter Aufhebung der Schwerkraft möglich
 3 deutliche Lähmung – Bewegung ohne Widerstand möglich
 4 leichte Lähmung – Bewegung und Gegenhalt gegen leichten Widerstand möglich
 5 normale Kraft – Bewegung und Gegenhalt gegen Widerstand möglich

4.6 Fragen zur Prothesenfähigkeit

Ist der Stumpf aus orthopädietechnischer Sicht prothetisch versorgungsfähig? ja nein

Ist eine Interimsversorgung angezeigt: nein ja, Begründung: _____

Ist eine Definitivversorgung angezeigt: nein ja, Begründung: _____

5 Mobilitätsgrad/Aktivitätsniveaus (Ermittlung mittels Anhang 6)

Ermittelter Mobilitätsgrad: 0 – Nichtgehfähiger 3 – Uneingeschränkter Außenbereichsgeher
 1 – Innenbereichsgeher 4 – Uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen
 2 – Eingeschränkter Außenbereichsgeher

Bemerkung zu momentanen und zu erwartenden Fähigkeiten:

Ermitteltes Aktivitätsniveau: Niedriges Aktivitätsniveau Mittleres/Normales Aktivitätsniveau Hohes Aktivitätsniveau

Bemerkung zu momentanen und zu erwartenden Fähigkeiten:

6 Wer führte die Beurteilung durch?

Orthopädietechniker/-mechaniker/-meister/in: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anhang 1¹

Maßblatt nach Fußamputation

Patient: _____

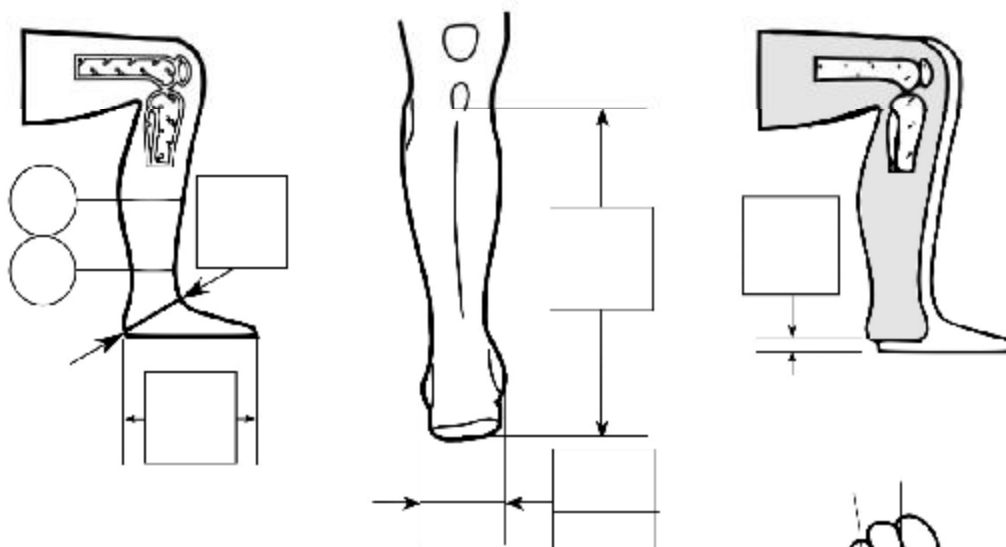
Datum: _____

Alter: _____

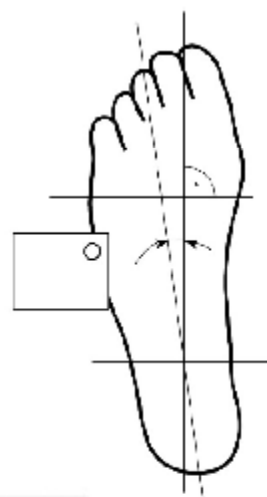
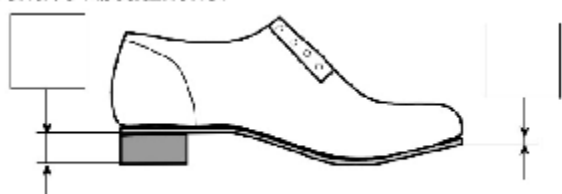
Amputation: links / rechts

Amputationshöhe:

- | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zehenexartikulation | <input type="checkbox"/> langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc) | <input type="checkbox"/> Pirogoff |
| <input type="checkbox"/> langer Mittelfuß (Sharp) | <input type="checkbox"/> kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger) | <input type="checkbox"/> Pirogoff-Spitzy |
| <input type="checkbox"/> kurzer Mittelfuß | <input type="checkbox"/> Chopart | <input type="checkbox"/> Syme |



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen:

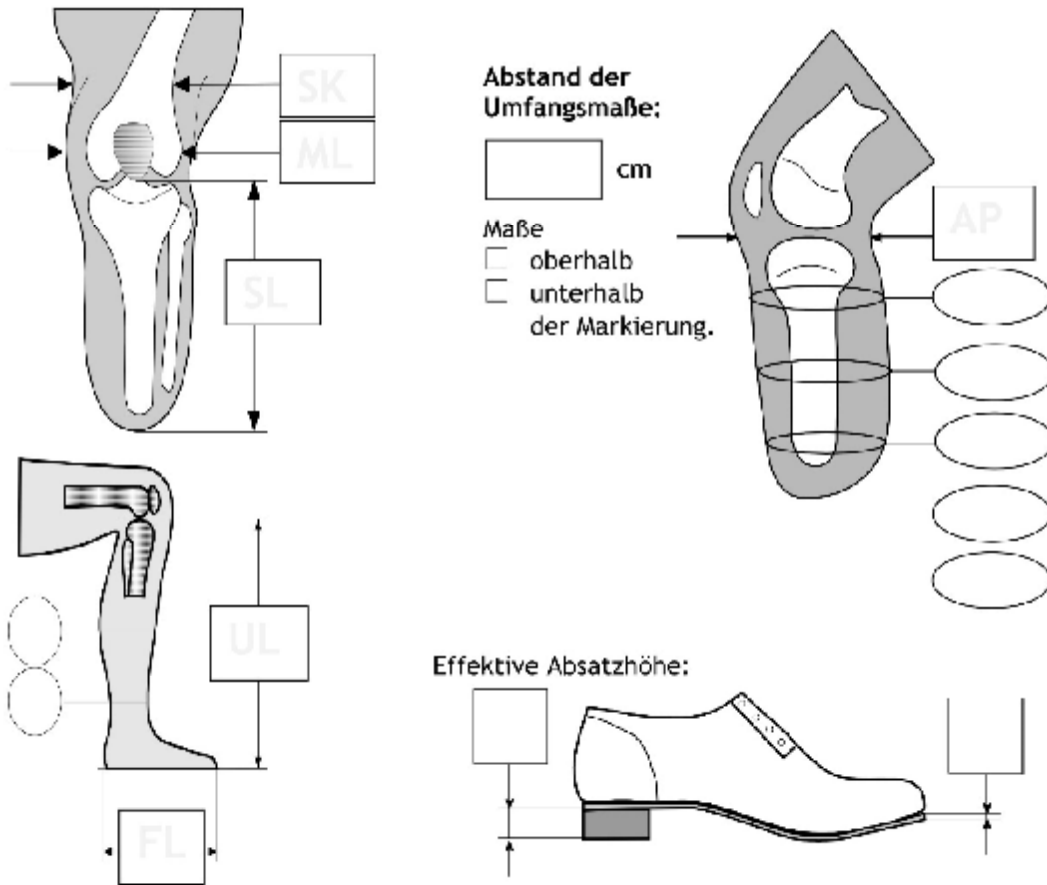
¹ Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

Anhang 2^{II}

Maßblatt nach Unterschenkelamputation

Patient: _____
 Alter: _____

Datum: _____
 Amputation: links / rechts



Bemerkungen: _____

^{II} Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

Anhang 3^{III}

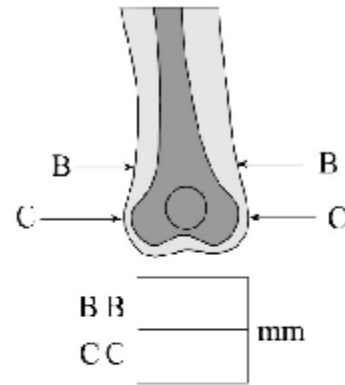
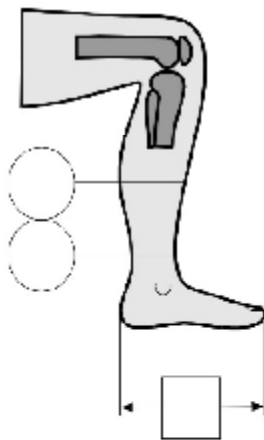
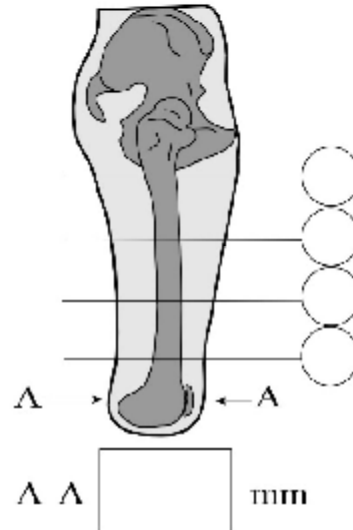
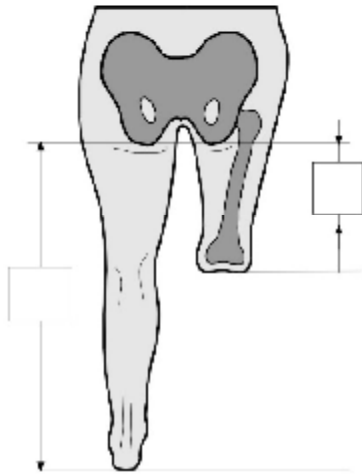
Maßblatt nach Knieexartikulation

Patient: _____

Datum: _____

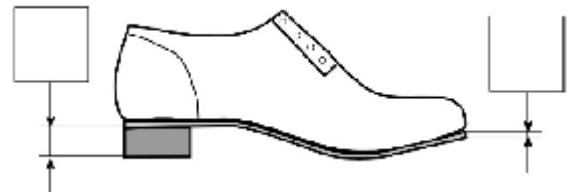
Alter: _____

Amputation: links / rechts



Bemerkungen: _____

Effektive Absatzhöhe:



^{III} Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

Anhang 4^{IV}

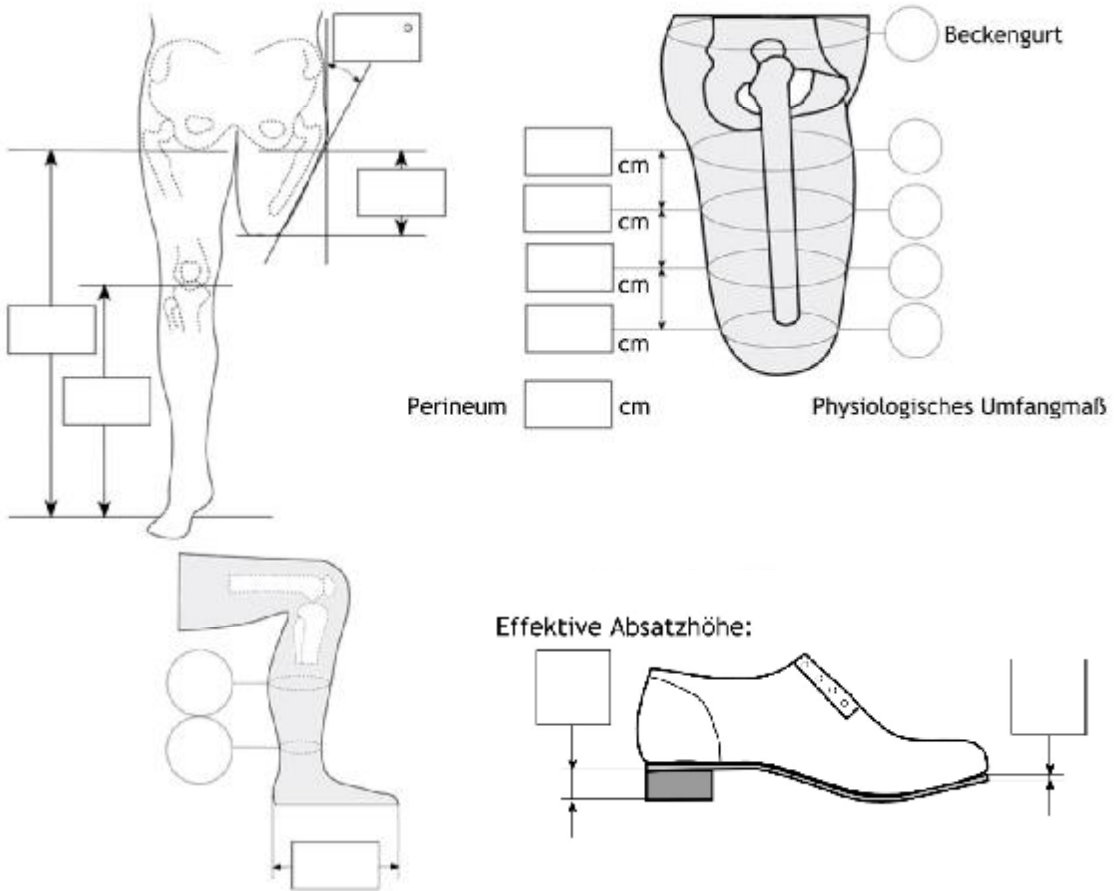
Maßblatt nach Oberschenkelamputation

Patient: _____

Datum: _____

Alter: _____

Amputation: links / rechts



Bemerkungen: _____

^{IV} Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

Anhang 5^v

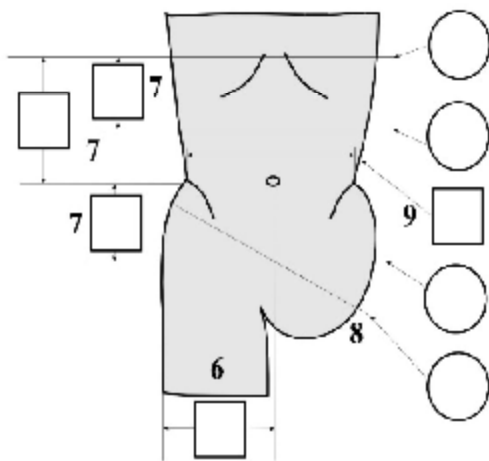
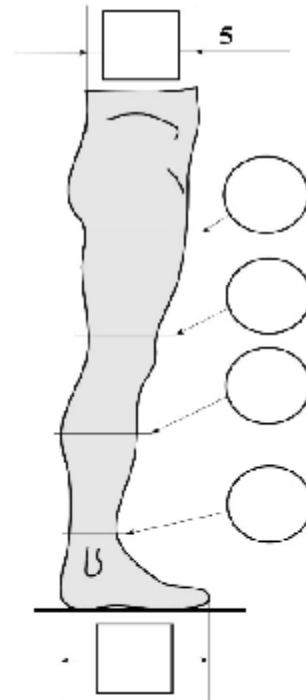
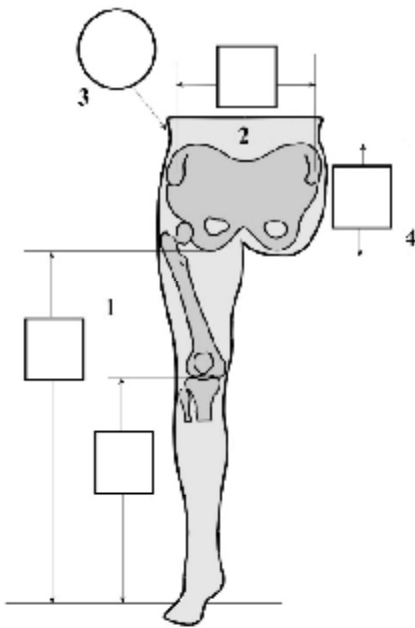
Maßblatt nach Hüftexartikulation

Patient: _____

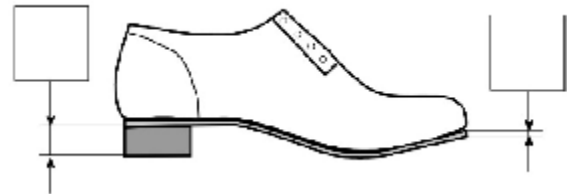
Datum: _____

Alter: _____

Amputation: links / rechts



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: _____

^v Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

Anhang 6

Fähigkeiten/ Mobilitätsmerkmale des Patienten (am Tag der Erhebung)

Beschreibung des Therapieziels unter Berücksichtigung der momentanen und realistisch zu erwartenden Fähigkeiten der Patientin oder des Patienten.

Bewertung der Fähigkeiten und Definition der Mobilitätsmerkmale:

Mobilitätsgrad 0: "Nichtgehfähiger":

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt z. Zt. selbst mit fremder Hilfe nicht die Fähigkeit, sich mit einer Prothese fortzubewegen oder sie zum Transfer zu nutzen.

Versorgungsziel:

Mobilisierung mit dem Rollstuhl, keine funktionelle Prothesenversorgung.

Mobilitätsgrad 1: "Innenbereichsgeher":

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, eine Prothese für Transferzwecke und zur Fortbewegung auf ebenen Böden mit geringer Gehgeschwindigkeit zu nutzen. Gehdauer und Gehstrecke sind aufgrund ihres oder seines Zustandes stark eingeschränkt.

Versorgungsziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich eingeschränkten Gehfähigkeit

Fähigkeiten:

Die Patientin oder der Patient kann:

alleine sitzen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
auf dem erhaltenen Bein im Gehbaren stehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
das Stehgleichgewicht im Gehbaren halten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
im Gehbaren oder mit Gehwagen gehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
mit fremder Hilfe aus sitzender Position aufstehen (ausreichende Stützkraft)	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich mit fremder Hilfe aus stehender Position hinsetzen (ausreichende Stützkraft)	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
die Prothese mit fremder Hilfe an- und ablegen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
der Einweisung in den Gebrauch der Prothese geistig folgen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich weitgehend alleine an- und ausziehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich weitgehend alleine waschen/ duschen/ baden	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:

Die Patientin oder der Patient wird:

sich im häuslichen Bereich mittels Prothese fortbewegen und sich mobil halten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
in einformig, langsamer Geschwindigkeit gehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
die Prothese geringfügig stoßbelasten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
kleine hausinterne Hindernisse überwinden	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
es erlernen, die Prothese weitgehend selbständig an-/abzulegen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

Mobilitätsgrad 2: "Eingeschränkter Außenbereichsgeher":

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Prothese mit geringer Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei niedrige Umwelthindernisse wie Bordsteine, einzelne Stufen oder unebene Böden zu überwinden. Gehdauer und Gehstrecke sind aufgrund seines Zustandes eingeschränkt.

Versorgungsziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich und auf den Außenbereich eingeschränkten Gehfähigkeit

Die Patientin oder der Patient kann alles das, was die funktionale Gruppe 1 bereits beschreibt, plus:

Fähigkeiten:

Die Patientin oder der Patient kann:

auf dem erhaltenen Bein mit Gehstützen stehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
das Stehgleichgewicht mit Gehstützen halten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
mit Gehstützen gehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
selbständig aus sitzender Position aufstehen (ausreichende Stützkraft)	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich selbständig aus der stehenden Position hinsetzen (ausreichende Stützkraft)	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
die Prothese selbständig an- und ablegen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich alleine an- und ausziehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich alleine waschen/duschen/baden	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:

Die Patientin oder der Patient wird:

mit Prothese bis zu 15 Minuten gehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
Bordsteinkanten/ Stufen (... Stufen) bewältigen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
kleine Umwelthindernisse überschreiten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
auf leichten Bodenunebenheiten gehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
selten seine Gehgeschwindigkeit wechseln	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
öffentliche Transportmittel (mit Hilfe) benutzen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
die Prothese moderat stoßbelasten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich therapeutisch/gehschulisch trainieren	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
Kleinsteinkäufe selbstständig erledigen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

Mobilitätsgrad 3: "Uneingeschränkter Außenbereichsgeher":

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Prothese mit mittlerer bis hoher, auch veränderlicher Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei die meisten Umwelthindernisse zu überwinden. Sie oder er besitzt außerdem die Fähigkeit, sich im freien Gelände zu bewegen und kann berufliche, therapeutische und andere Aktivitäten ausüben, die die Prothese nicht überdurchschnittlicher, mechanischer Beanspruchung aussetzen. Gegebenenfalls besteht ein erhöhter Sicherheitsbedarf aufgrund von Sekundärbedingungen (zusätzliche Behinderung, besondere Lebensbedingungen) in Verbindung mit einem mittleren bis hohen Mobilitätsanspruch. Gehdauer und Gehstrecke sind im Vergleich zum Unbehinderten nur unwesentlich eingeschränkt.

Versorgungsziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der im Innenbereich und im Außenbereich nur unwesentlich eingeschränkten Gehfähigkeit

Die Patientin oder der Patient kann alles das, was die funktionale Gruppe 2 bereits beschreibt, plus:

Fähigkeiten:

Die Patientin oder der Patient kann:

auf dem erhaltenen Bein stehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
das Stehgleichgewicht halten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:

Die Patientin oder der Patient wird:

sich im Innen- und Außenbereich nur unwesentlich limitiert bewegen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
Treppen/Stufen (...Stufen) bewältigen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
fast alle Umwelthindernisse bewältigen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
auf Bodenunsicherheiten (wie Schlamm, Nässe, Schnee, Eis) gehen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
häufig die Gehgeschwindigkeit wechseln	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
alle öffentlichen Transportmittel benutzen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
eigene Transportmittel (Auto etc.) benutzen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
seinen Beruf ausüben	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
seine Familie/Haushalt versorgen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
andere Personen versorgen, z.B. pflegen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
die Prothese stoßbelasten	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
Aktivitäten mit körperlicher Belastung ausüben	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt
sich durch die Amputation und Prothesenversorgung in der Durchführung beruflicher, sozialer, familiärer, Aktivitäten nicht wesentlich einschränken lassen und sich mit nahezu „physiologischer Normalität“ bewegen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

Mobilitätsgrad 4: "Uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen":

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit einer Prothese wie der uneingeschränkte Außenbereichsgeher fortzubewegen. Zusätzlich können aufgrund der hohen funktionellen Anforderungen hohe Stoßbelastungen, Spannungen, Verformungen auftreten. Gehdauer und Gehstrecke sind nicht limitiert.

Versorgungsziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der im Innen- und Außenbereich uneingeschränkten Geh- und Mobilitätsfähigkeit

Der Patient kann alles das, was die funktionale Gruppe 3 bereits beschreibt, plus:

Fähigkeiten:

Die Patientin oder der Patient kann:

Beschreibung weiterer Fähigkeiten: _____

Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:

Die Patientin oder der Patient wird:

sich mit der Prothese ohne Limitation und ggf.
 in bergiger Umgebung oder auf unebenem
 Untergrund unlimitiert und mit "physiologischer Normalität"
 bewegen

weniger trifft zu mehr entfällt

sich in allen Geschwindigkeitsbereichen bewegen
 und diese ständig wechseln

weniger trifft zu mehr entfällt

die Prothese im täglichem Einsatz zeitlich unlimitiert
 beanspruchen

weniger trifft zu mehr entfällt

die Prothese durch hohe körperliche Aktivitäten
 überdurchschnittlich stoßbelasten und mechanisch
 beanspruchen

weniger trifft zu mehr entfällt

Ermittelter Mobilitätsgrad (Gilt nur für Beinprothesen wie US, OS, Knie-Ex, OS, Hüft-Ex, Hemi.):

- 0. Nichtgehfähiger
- 1. Innenbereichsgeher
- 2. Eingeschränkter Außenbereichsgeher
- 3. Uneingeschränkter Außenbereichsgeher
- 4. Uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen

Einteilung nach Aktivitätsniveau

Niedriges Aktivitätsniveau: Eingeschränkte Aktivität

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, die Prothese im Alltag für Transferzwecke und/oder zur Fortbewegung auf ebenem Untergrund mit gleichmäßig geringer Gehgeschwindigkeit zu nutzen, die Gehdauer und Gehstrecke sind (u. U. stark) limitiert.

Mittleres/Normales Aktivitätsniveau: Durchschnittliche/normale Aktivität

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, sich mit der Prothese im Alltag auf (nahezu) jedem Terrain mit gleichmäßiger/wechselnder bis zur mittleren Gehgeschwindigkeit fortzubewegen, die Gehdauer und Gehstrecke sind (u.U. leicht) limitiert.

Hohes Aktivitätsniveau: Uneingeschränkte Aktivität

Die Versicherte oder der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potenzial, die Prothese auf (ausnahmslos) jedem Terrain mit gleichmäßiger/wechselnder bis zur hohen Gehgeschwindigkeit zu nutzen, die Gehdauer und Gehstrecke sind nicht limitiert. Aufgrund funktioneller Anforderungen können (sehr) hohe Stoßbelastungen, Verformungen oder Spannungen beispielsweise bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen auftreten.

Ermitteltes Aktivitätsniveau

Niedriges Aktivitätsniveau

Mittleres/Normales Aktivitätsniveau

Hohes Aktivitätsniveau
