

## Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen

### 1. Personendaten

- Vor- und Zuname des Patienten: .....
  
- Adresse des Patienten:     Straße: .....  
   PLZ/Ort: .....  
   Tel.-Nr.: .....  
   Weitere Ansprechperson: .....
  
- Krankenversicherungs-Nr.: .....
- KOV-/BG-Aktenzeichen: .....
- Geburtsdatum: .....
- Hausarzt: .....
- Verordner: .....

Angaben zur Person:

- männl.            weibl.      Gewicht: ..... kg           Größe: .....cm
- Amputationsseite links    rechts            beidseitig
- Erstversorgung ja     Folgeversorgung           ja
- Bezeichnung des ausgeübten Berufs: .....

### 2. Angaben zur Amputation

#### 2.1 Allgemeine Angaben

- Amputationsgrund .....
- Datum der Amputation .....
- Wo wurde die Amputation durchgeführt .....
- Nachamputation           nein    ja      Datum: .....
- Akutbehandlung stationär beendet   ja    nein
- Rehabilitationsmaßnahme erfolgt   ja    nein
- In physiotherapeutischer Behandlung   ja    nein





**Schmerzen**

- Stumpfschmerzen wo:..... wann: ..... wie oft: ..... seit wann: ..... provozierbar
  - Phantomschmerzen wo:..... wann: ..... wie oft: ..... seit wann: ..... provozierbar
- Bisherige Therapie der Schmerzen: .....

**4.3 Sonstige Angaben**

- Röntgenbefund: .....
  - Muskelkraft voll  reduziert  aufgehoben
  - Volumenschwankung: ja  nein
  - Nachamputation indiziert ja  nein
  - Infektionen: .....
  - Statische Veränderungen des Becken, die nicht ausgeglichen werden sollten (z.B. Beckenschiefstand) ja
- Nähere Angaben dazu: .....

**4.4 Fragen zur Prothesenfähigkeit**

- Ist der Stumpf aus medizinischer Sicht prothetisch versorgbar ja  nein
- Ist eine Versorgung mit einem Interimsschaftsystem angezeigt ja  nein
- Ist die Stumpfreifung nach Interimsversorgung abgeschlossen ja  nein

**4.5 Angaben zu Gelenkfunktionen**

Gelenkbefunde incl. Angaben zur Gelenkbeweglichkeit in der Neutral-Null-Methode der Amputations- und Gegenseite (Aufführen von Abweichungen von der Norm aller Gelenke beider Gliederketten):

.....

## 5. Fähigkeiten/ Mobilitätsmerkmale des Patienten (am Tag der Erhebung)

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

### 5.1 Bewertung der Fähigkeiten und Definition der Mobilitätsmerkmale.

#### Mobilitätsgrad 0:

##### **Nichtgehfähiger**

Der Patient besitzt aufgrund des schlechten physischen und psychischen Zustandes zur Zeit selbst mit fremder Hilfe nicht die Fähigkeit, sich mit einer Prothese fortzubewegen oder sie zum Transfer zu nutzen.

##### Therapieziel:

Mobilisierung mit dem Rollstuhl. Keine funktionelle Prothesenversorgung.

#### Mobilitätsgrad 1:

##### **Innenbereichsgeher**

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

##### Therapieziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich eingeschränkten Gehfähigkeit.

#### Fähigkeiten: Klinische Untersuchung

Der Patient kann:

- |   |                                  |                                    |                               |                                   |
|---|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| • alleine sitzen  | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |
| • auf dem erhaltenen Bein im Gehbaren stehen  | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |
| • das Stehgleichgewicht im Gehbaren halten  | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |
| • im Gehbaren oder mit Gehwagen gehen   | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |
| • mit fremder Hilfe aus sitzender Position aufstehen (ausreichende Stützkraft)      | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |
| • sich mit fremder Hilfe aus stehender Position hinsetzen (ausreichende Stützkraft) | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |
| • die Prothese mit fremder Hilfe an- und ablegen                                    | weniger <input type="checkbox"/> | trifft zu <input type="checkbox"/> | mehr <input type="checkbox"/> | entfällt <input type="checkbox"/> |



- sich alleine waschen/duschen/baden weniger  trifft zu  mehr  entfällt

### **Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:**

Der Patient wird:

- mit Prothese bis zu 15 Minuten gehen weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- Bordsteinkanten/Stufen (..... Stufen) bewältigen weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- kleine Umwelthindernisse überschreiten weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- auf leichten Bodenunebenheiten gehen weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- selten seine Gehgeschwindigkeit wechseln weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- öffentliche Transportmittel (mit Hilfe) benutzen weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- die Prothese moderat stoßbelasten weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- sich therapeutisch/gehschulisch trainieren weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- Kleinstenkäufe selbständig erledigen weniger  trifft zu  mehr  entfällt

### **Mobilitätsgrad 3:**

#### **Uneingeschränkter Außenbereichsgeher**

Der Patient besitzt die Fähigkeit oder das Potential, sich mit einer Prothese mit mittlerer bis hoher, auch veränderlicher Gehgeschwindigkeit fortzubewegen und dabei die meisten Umwelthindernisse zu überwinden. 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. Ggf. besteht ein erhöhter Sicherheitsbedarf aufgrund Sekundärbedingungen (zusätzliche Behinderung, besondere Lebensbedingungen) in Verbindung mit einem mittleren bis hohen Mobilitätsanspruch. Gehdauer und Gehstrecke sind im Vergleich zum Unbehinderten nur unwesentlich eingeschränkt.

#### Therapieziel:

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

Der Patient kann alles das, was die funktionale Gruppe 2 bereits beschreibt, plus:

#### **Fähigkeiten:** Klinische Untersuchung

Der Patient kann:

- auf dem erhaltenen Bein stehen weniger  trifft zu  mehr  entfällt
- das Stehgleichgewicht halten weniger  trifft zu  mehr  entfällt

### **Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:**

Der Patient wird:

- sich im Innen- und Außenbereich nur unwesentlich limitiert bewegen weniger  trifft zu  mehr  entfällt

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

#### **Mobilitätsgrad 4:**

##### **Uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen**

Der Patient 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 eingeschränkt.

##### Therapieziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der im Innenbereich nicht und im Außenbereich uneingeschränkten Geh- und Mobilitätsfähigkeit.

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

##### **Fähigkeiten:** Klinische Untersuchung

Der Patient kann:

- Beschreibung der weiteren Fähigkeiten: .....

##### **Mobilitätsmerkmale und Mobilitätserwartungen:**

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  entfällt
- sich in allen Geschwindigkeitsbereichen bewegen und diese ständig wechseln weniger  trifft zu  entfällt
- die Prothese im täglichem Einsatz zeitlich unlimitiert beanspruchen weniger  trifft zu  entfällt
- durch hohe körperlicher Aktivitäten die Prothese überdurchschnittlich stoßbelasten und mechanisch beanspruchen weniger  trifft zu  entfällt

**5.2 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

**Mit dem Therapieziel verbundene weitere Maßnahmen:**

- Wohnungswechsel erforderlich ja  nein
- Psychotherapeutische Motivierung
- Gehschulung stationär  ambulant
- Krankengymnastische Mobilisierung
- Der Patient benötigt weitere Hilfsmittel, welche:.....
- Sonstige med. Hinweise zur vorgesehenen Versorgung, ggf. Alternativvorschläge:.....

**6. Wer führte die Beurteilung durch**

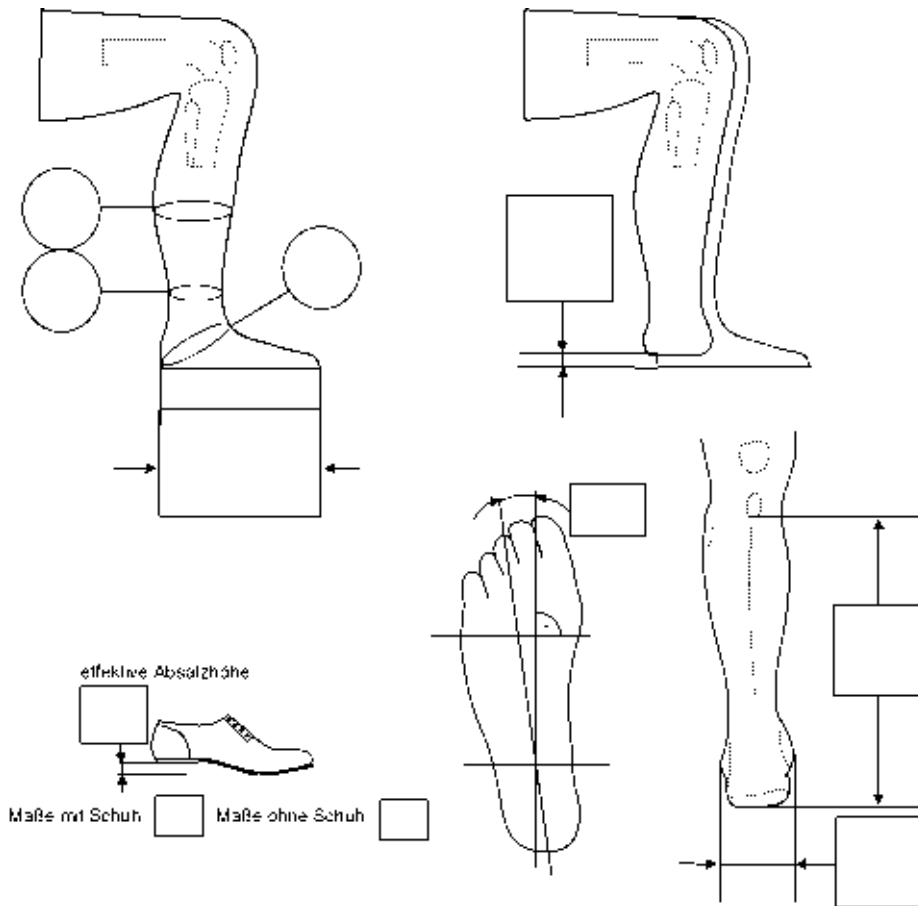
- Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: .....
- Physiotherapeut/in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: .....
- Orthopädietechniker/in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: .....
- Orthopädieschumacher/in \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: .....

**6a. Unterschrift des Versicherten/Patienten**

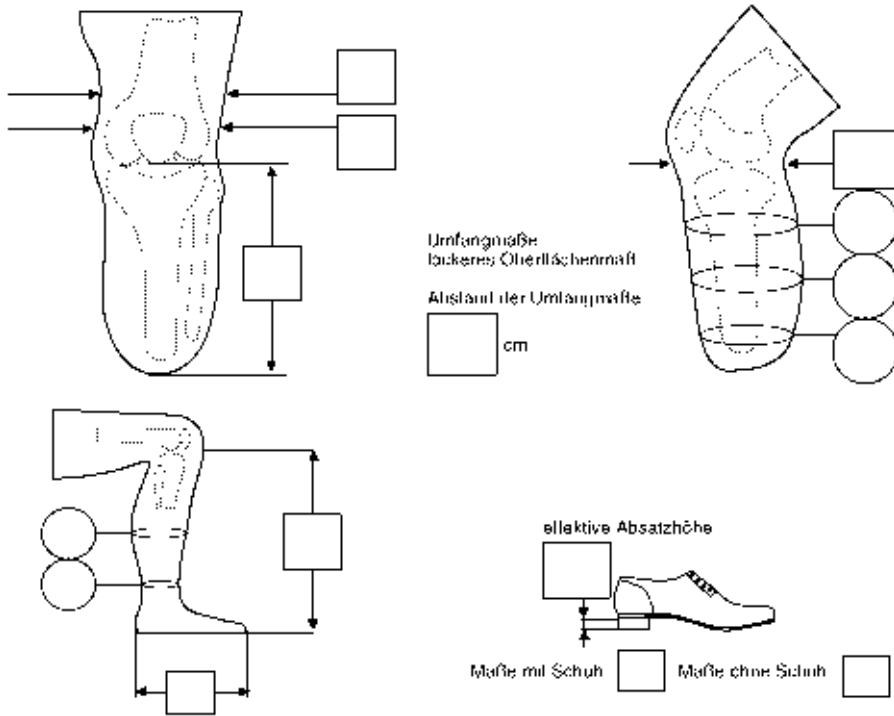
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: .....

## 7. Anlagen

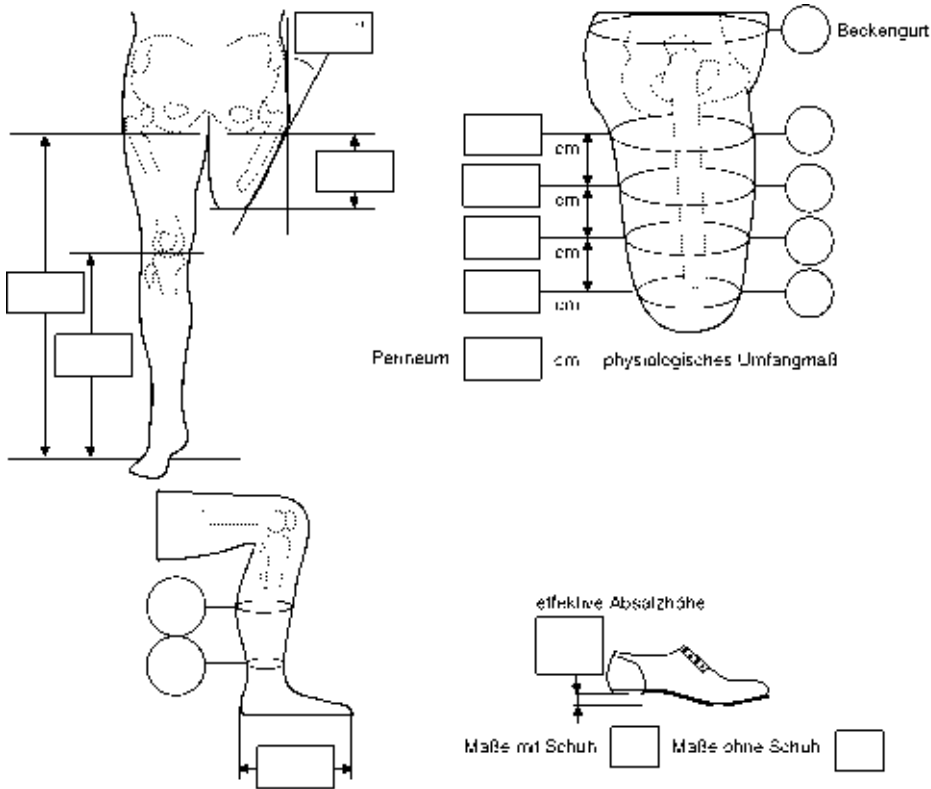
### Maßblätter für Fußprothesen



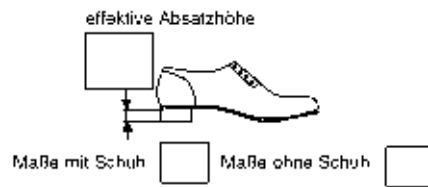
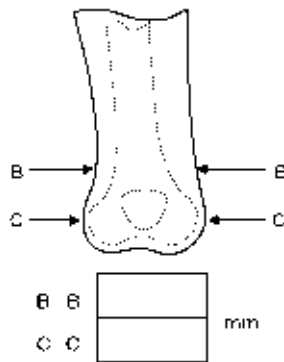
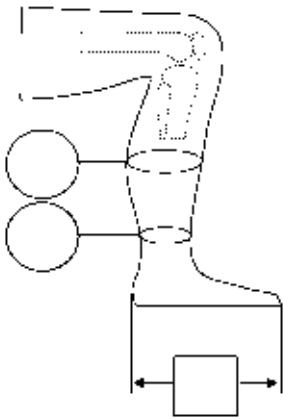
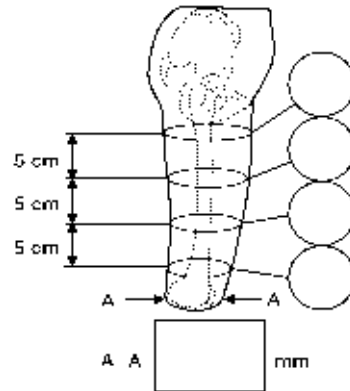
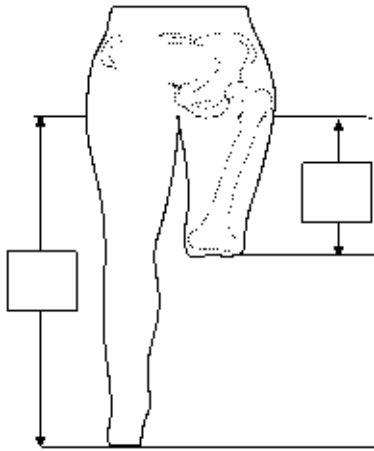
Maßblätter für Unterschenkelprothesen



Maßblätter für Oberschenkelprothesen



Maßblätter für Knieexartikulationsprothesen



Maßblätter für Hüftexartikulationsprothesen und bei Hemipelvektomie

