

# Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen

## 1. Personendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Betroffene Seite:  links  rechts

Erstversorgung:  ja

Folgeversorgung:  ja

Erledigungen des täglichen Lebens (Haushalt, Einkäufe, Hobbys, Körperpflege, usw.):  selbständig  nicht selbständig  mit Unterstützung

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit:  ja  nein Wenn ja, welcher Beruf: \_\_\_\_\_

Angaben zu den Aktivitäten im Alltag (Familie, Beruf, Sport, Hobbys): \_\_\_\_\_

---



---

## 2. Angaben zum Schädigungsbild

### 2.1. Allgemeine Angaben

Schädigungsbild:  Amputation Datum: \_\_\_\_\_  Angeborene Fehlbildung

Amputationsgrund: \_\_\_\_\_ Nachamputation:  nein  ja, Datum: \_\_\_\_\_

Rehabilitationsmaßnahme erfolgt:  ja  nein

In physiotherapeutischer Behandlung:  ja  nein

### 2.2. Klinische Daten

Amputations-/Fehlbildungsniveau (mit Bilddokumentation):  Vor- oder Mittelfuß  Unterschenkel  Oberschenkel  
 Fuß  Knie  Becken/Hüfte

Stumpf/ Fehlb.:  kurz  mittellang  lang

Phantomschmerz:  ja  nein \_\_\_\_\_

### 2.3. Versorgungsrelevante Erkrankungen, Behinderungen und Therapien

Liegen allgemein körperliche Erkrankungen vor, die bei der Fertigung und dem Prothesengebrauch im Alltag berücksichtigt werden müssen  ja, welche: \_\_\_\_\_

nein \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 zur 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, Prod = Produkt

## 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 kontralateralen Seite: \_\_\_\_\_

### 4.5. Muskelfunktionstest nach Janda<sup>1</sup>

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: \_\_\_\_\_

- <sup>1</sup> 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:

Ermittelter Aktivitätsniveau:  Niedriges Aktivitätsniveau  Mittleres/Normales Aktivitätsniveau  Hohes Aktivitätsniveau

Bemerkung zu momentanen und zu erwartenden Fähigkeiten:

### 6. Wer führte die Beurteilung durch?

Orthopädietechnik/-mechaniker/-meister/in: \_\_\_\_\_

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

# Anhang 1<sup>1</sup>

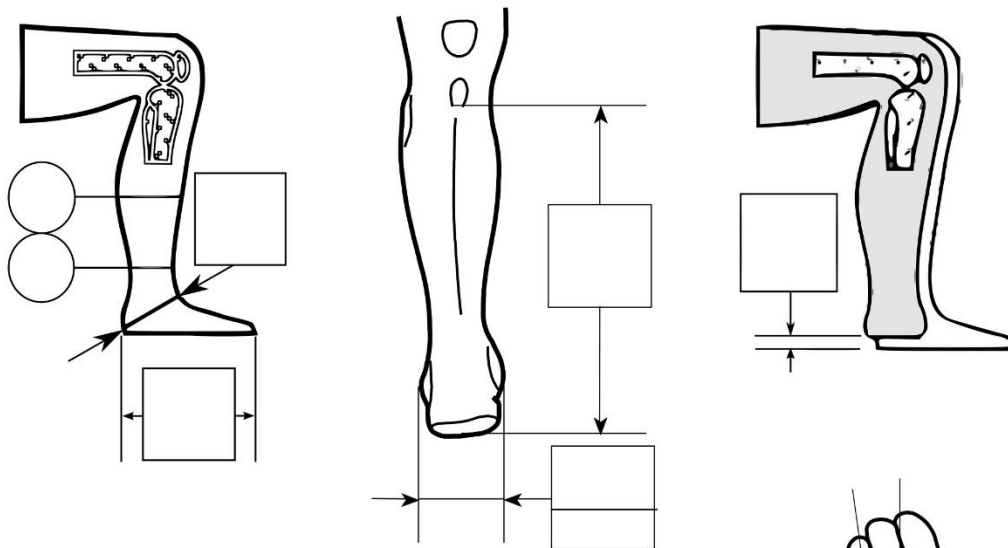
## Maßblatt nach Fußamputation

Patient: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

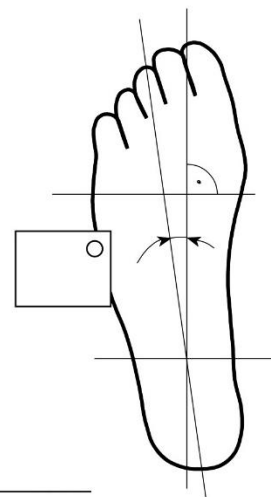
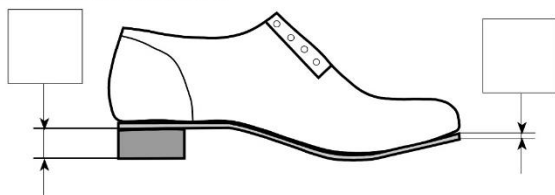
Alter: \_\_\_\_\_ Amputation: links  / rechts

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-Spitzzy |
| <input type="checkbox"/> Kurzer Mittelfuß         | <input type="checkbox"/> Chopart                             | <input type="checkbox"/> Syme             |



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

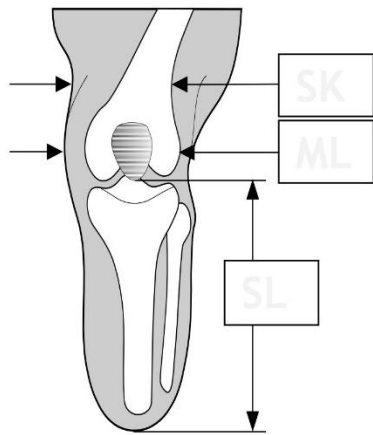
<sup>1</sup> Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

# Anhang 2<sup>II</sup>

## Maßblatt nach Unterschenkelamputation

Patient: \_\_\_\_\_  
 Alter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Amputation: links  / rechts

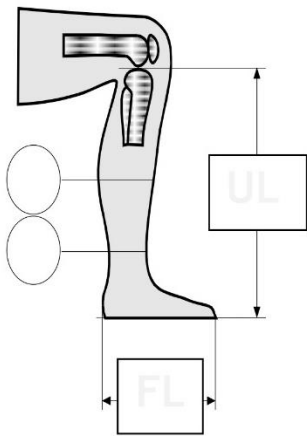
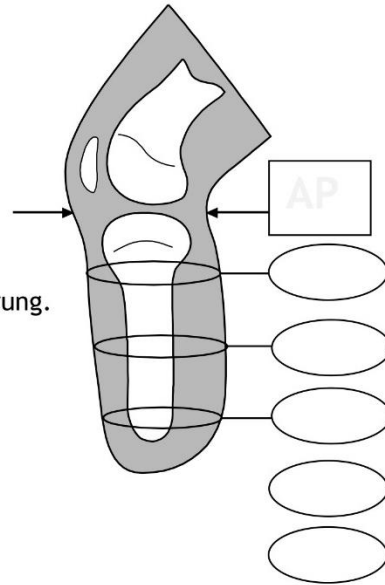


Abstand der Umfangmaße:

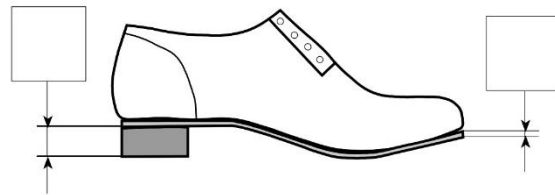


Maße

- oberhalb
- unterhalb der Markierung.



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<sup>II</sup> Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung

# Anhang 3<sup>III</sup>

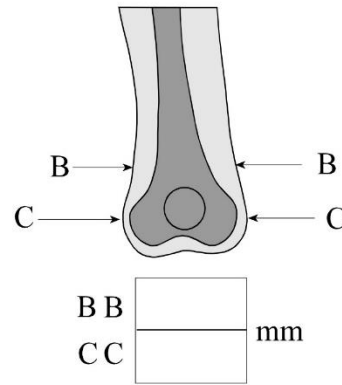
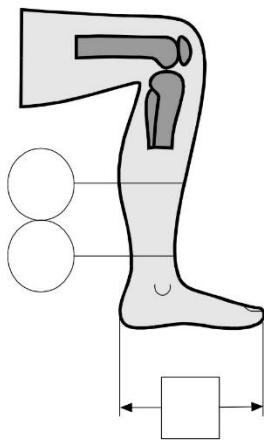
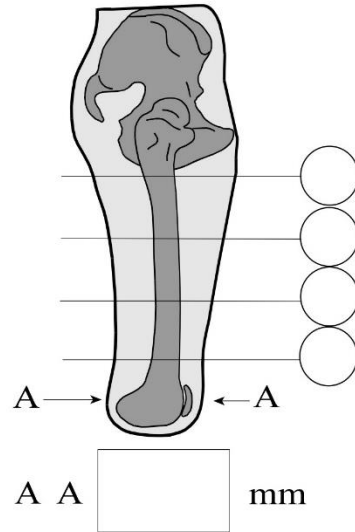
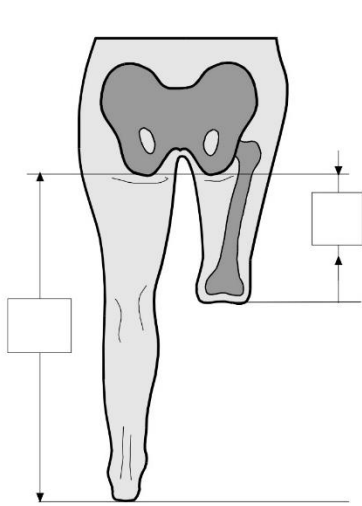
## Maßblatt nach Knieexartikulation

Patient: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Amputation: links  / rechts

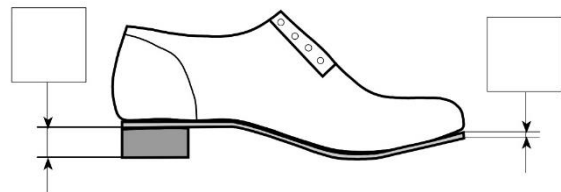


Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Effektive Absatzhöhe:



<sup>III</sup> Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung



## Anhang 4<sup>IV</sup>

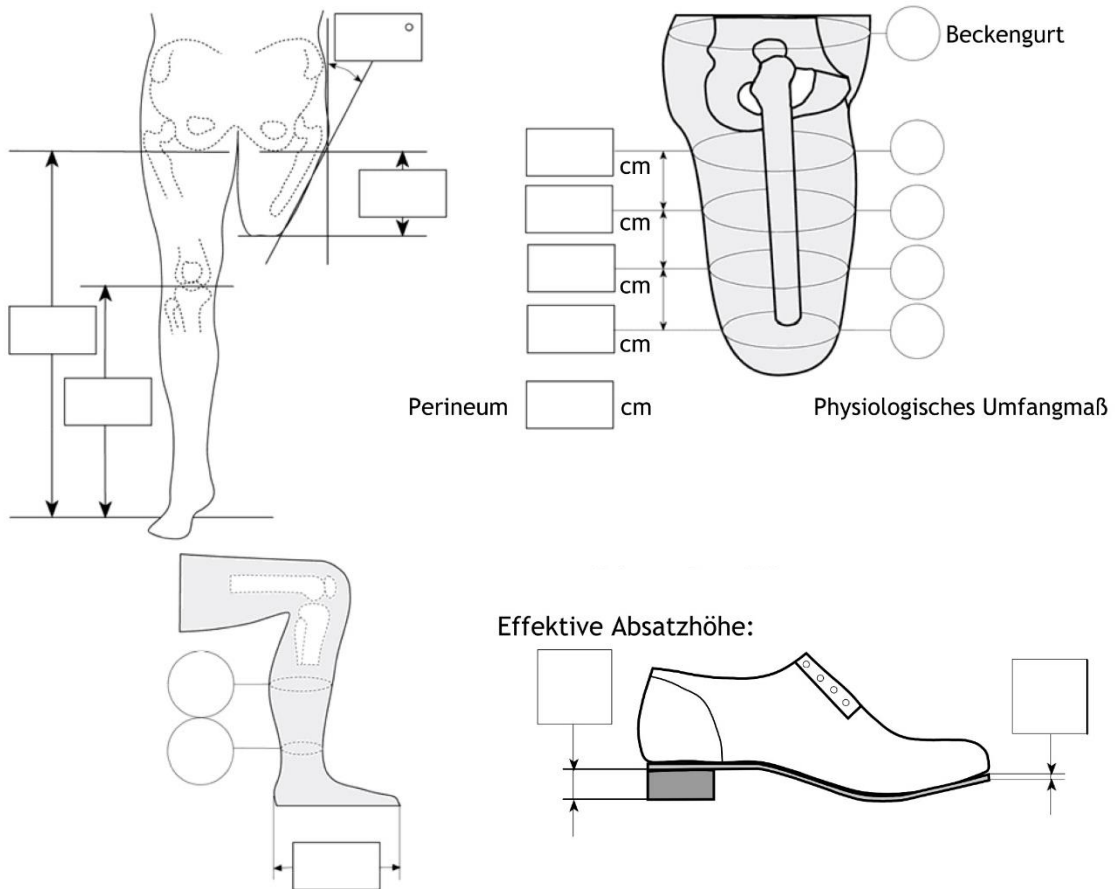
### Maßblatt nach Oberschenkelamputation

Patient: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Amputation: links  / rechts



Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Anhang 5<sup>v</sup>

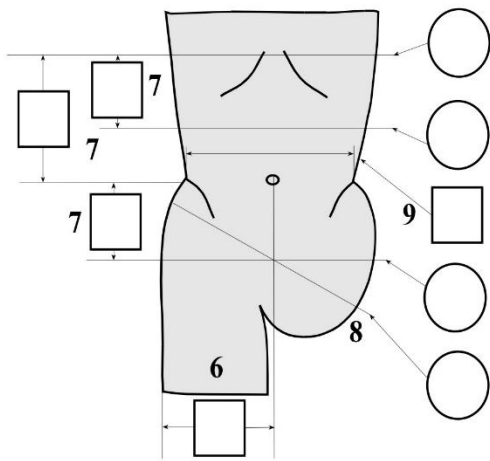
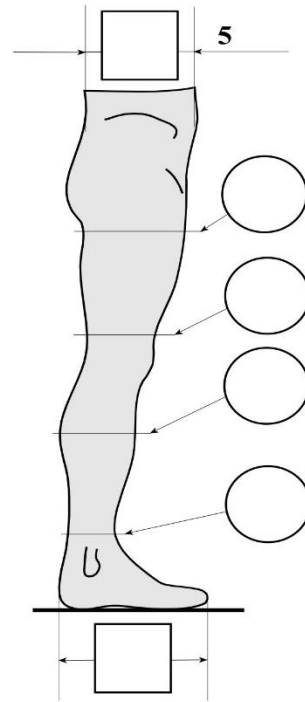
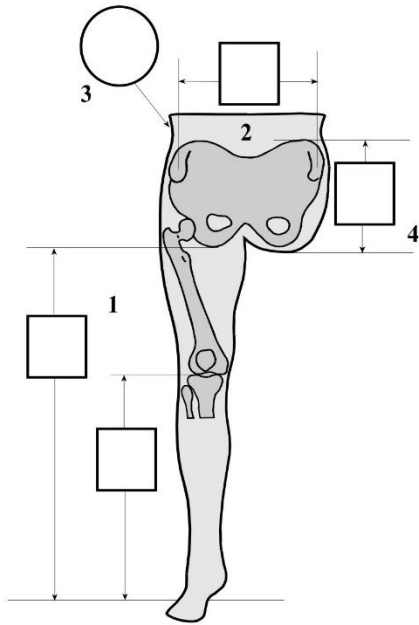
## Maßblatt nach Hüftexartikulation

Patient: \_\_\_\_\_

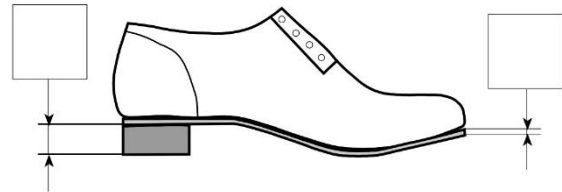
Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Amputation: links  / rechts



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>v</sup> 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 des Patienten.

#### Bewertung der Fähigkeiten und Definition der Mobilitätsmerkmale:

##### Mobilitätsgrad 0: "Nichtgehfähiger":

Die 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 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 seines Zustandes stark eingeschränkt.

##### Versorgungsziel:

Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich eingeschränkten Gehfähigkeit.

#### Fähigkeiten:

##### 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:

**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 einförmig, 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 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.

Der Patient kann alles das, was die funktionale Gruppe 1 bereits beschreibt, plus:

### Fähigkeiten:

#### 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 stehender 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:

#### 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 selbständig erledigen	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> mehr	<input type="checkbox"/> entfällt

### Mobilitätsgrad 3: "Uneingeschränkter Außenbereichsgeher":

Die 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. 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.

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

#### Fähigkeiten:

##### 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:

##### 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 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:

##### Der Patient kann:

Beschreibung weiterer 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     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

durch hohe körperlicher Aktivitäten die Prothese  
 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 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 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 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 \_\_\_\_\_