|  |  |
| --- | --- |
| GOUV_SIP | **Erprobung eines motorisierten Hilfsmittels für Antragsteller, die in einer Pflegeeinrichtung untergebracht sind****Mail :** **helpline.at.lo@ad.etat.lu** |

|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Nachname, Vorname |  |
| Größe |  |
| Gewicht |  |
| Sozialversicherungsnummer (matricule) |  |
| Name der Hilfsperson (falls notwendig) |  |

|  |
| --- |
| **Objekt** |
| Hilfsmittel |  |
| Ziel  |  |
| Erprobung durchgeführt von (Name und Funktion des Therapeuten |  |
| E-mail oder Telefon des Therapeuten |  |
| Datum |  |
| Anwesenheit SMA |[ ]  Ja |[ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Ablauf der Erprobung** |
| Physische und kognitive Fähigkeiten des Antragstellers * + Sehkraft
	+ Aufmerksamkeit
	+ Konzentration
	+ Ausführung der Anweisungen
	+ …
 |  |
| Physische und kognitive Fähigkeiten der Hilfsperson (falls notwendig) |  |
| Je nach Hilfsmittel, kommentieren Sie:* + Ausführung der Transfers
	+ Bedienung des Joysticks
	+ Fahren auf ebenem Untergrund (vorwärts, rückwärts, bremsen, Türöffnung durchfahren, …)
	+ Hindernisse/Personen umfahren, Aufzug benutzen, …
 |  |

|  |
| --- |
| **Schwierigkeiten** |
|  |

|  |
| --- |
| **Angaben zum Hilfsmittel** |
| [ ]  Zusatzantrieb mit Steuerung mit Joystick und/oder Begleitperson (wie E-fix): [ ]  Passender Rollstuhl ist vorhanden [ ]  Passender Rollstuhl wird benötigt[ ]  Zusatzantrieb mit Steuerung über Schieberäder (wie E-motion): [ ]  Passender Rollstuhl ist vorhanden [ ]  Passender Rollstuhl wird benötigt[ ]  Zusatzantrieb für Begleitperson (wie Viamobil): [ ]  Passender Rollstuhl ist vorhanden [ ]  Passender Rollstuhl wird benötigt[ ]  Elektrischer Rollstuhl für den Außenbereich (nicht faltbar)[ ]  Scooter mit vier Rädern |
| Maße des benötigten Rollstuhls :* Sitzbreite :
* Sitztiefe :
* Sitzhöhe :
* Rückenhöhe :

Joystick, wegklappbar :[ ]  rechts[ ]  linksNotwendige Anpassungen, Optionen (Kopfstütze, Begurtung, Pelotten, Transportösen,...): |

|  |
| --- |
| **Erprobung erfolgreich** |
|[ ]  Ja |[ ]  Nein |