

Adresse Ihrer Orthopädiewerkstatt
(Leistungserbringer)

Zuständiger Orthopädietechniker

Tel.

E-mail

ANWENDER-TESTDOKUMENTATION

Der Anwenderfragebogen dient dazu, während der Erprobung die Unterschiede zwischen der bisherigen Prothese und der Testprothese zu ermitteln, um die Gebrauchsvorteile zu dokumentieren.

Anwenderreferenz

Kostenträger

Amputationsseite

☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig

Amputationshöhe

☐ Hüftex ☐ Knieex ☐ Oberschenkel ☐ Unterschenkel

Mobilitätsgrad

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Körpergewicht (ohne Prothese)

kg

Körpergröße

cm

Angaben zur Testprothese und
Tragedauer

A) Derzeitige Prothese

☐ Interim ☐ Definitiv

B) Testprothese

☐ Interim ☐ Definitiv

C) Testprothese alternativ
(Falls zutreffend)

☐ Interim ☐ Definitiv

→ Kniegelenk

→ Prothesenfuß

→ Weiteres Funktionspassteil

Testtragedauer

Von

Bis

Von

Bis

Von

Bis

BEURTEILUNG DER ALLTAGSTAUGLICHKEIT UND MOBILITÄT

Bitte beurteilen Sie, welche Prothese im Vergleich besser abschneidet. Geben Sie dazu Ihre persönliche Beurteilung ab und kreuzen Sie das entsprechende Feld an, insofern es auf Sie auf Sie zutrifft. Lassen Sie die Kriterien aus, welche nicht auf Sie zutreffen.

KRITERIUM	Bisherige Prothese Besser (A)	Testprothese besser (B)	Alternative Testprothese besser (C)	Gleichwertig
1- SICHERHEIT				
Sicher stehen	☐	☐	☐	☐
Sicher gehen	☐	☐	☐	☐
Stolpergefahr reduzieren	☐	☐	☐	☐
Sturzgefahr verringern	☐	☐	☐	☐
Stabiler fortbewegen	☐	☐	☐	☐
2- GEHEN UND BEWEGEN				
Gehen auf ebenem Boden	☐	☐	☐	☐
Bergauf/Schrägen hochgehen	☐	☐	☐	☐
Rampe/Gefälle hinuntergehen	☐	☐	☐	☐
Treppe hochgehen	☐	☐	☐	☐
Treppe hinuntergehen	☐	☐	☐	☐
Rückwärts gehen	☐	☐	☐	☐
Seitwärts gehen	☐	☐	☐	☐
Hindernisse überwinden	☐	☐	☐	☐
Gehen in engen Kurven/Radien	☐	☐	☐	☐
Richtungswechsel	☐	☐	☐	☐
Gleichmäßiger gehen	☐	☐	☐	☐

KRITERIUM	Bisherige Prothese Besser (A)	Testprothese besser (B)	Alternative Testprothese besser (C)	Gleichwertig
3- COMPLIANCE UND BELASTUNG				
Weniger Druck auf dem Stumpf verspüren	☐	☐	☐	☐
Sich schmerzfreier fortbewegen	☐	☐	☐	☐
Sich angenehmer fortbewegen	☐	☐	☐	☐
Entlastung der Gegenseite	☐	☐	☐	☐
Die Prothesenseite belasten	☐	☐	☐	☐
Körpergewicht gleichmäßiger auf die Prothesen- und Gegenseite verteilen	☐	☐	☐	☐
4- SPEZIFISCHE AKTIVITÄTEN				
Stehen – Hinsetzen - Aufstehen	☐	☐	☐	☐
Mit dem Gehen beginnen und bis zum Joggen steigern	☐	☐	☐	☐
Bewältigen von unterschiedlichem Terrain (z.B. Schotter, Kopfsteinpflaster, Gras, Bordsteinkante)	☐	☐	☐	☐
Ein- und Aussteigen auf der Autofahrerseite	☐	☐	☐	☐
Ein- und Aussteigen auf der Beifahrerseite	☐	☐	☐	☐
Auf ein Fahrrad steigen, Rad fahren, absteigen und zu Fuß weitergehen	☐	☐	☐	☐
Die Prothese in gebeugter Stellung belasten	☐	☐	☐	☐
5- SUBJEKTIVES EMPFINDEN UND LEBENSQUALITÄT – MIT WELCHER PROTHESE KONNTEN SIE...				
...die Wegstrecken verlängern				
Wegstreckenverlängerung:	☐	☐	☐	☐
...die Tragedauer verlängern				
Dauer in Stunden :	☐	☐	☐	☐
... eigenständiger und unabhängiger sein	☐	☐	☐	☐
... sich besser fühlen, ihr Wohlbefinden und die Lebensqualität steigern	☐	☐	☐	☐

KRITERIUM	Bisherige Prothese Besser (A)	Testprothese besser (B)	Alternative Testprothese besser (C)
-----------	----------------------------------	----------------------------	--

6- ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG UND ENTSCHEIDUNG

Welche Prothese ist Ihrer Meinung nach am geeignetsten, um Ihre Bedürfnisse zu erfüllen?

☐
☐
☐

Beschreiben Sie mit eigenen Worten zu der von Ihnen als am geeignetsten befundene Prothese:

1. Wie hebt sich diese Ihrer Feststellung nach in den oben benannten wesentlichen Kriterien von den anderen Prothesen ab?

2. Welche wesentlichen Gebrauchsvorteile weist diese Prothese für Sie im Alltagsgebrauch auf? Was verbessert, ermöglicht, erleichtert oder verhindert Ihrer Beurteilung nach diese Prothese im Vergleich zu den anderen getesteten Prothesen, beispielsweise im Hinblick auf Sturzrisiken, Gang-/Stand-Sicherheit oder Ermüdung/Energieaufwand?

(Freitext)

Einwilligung

Hiermit willige ich ein, dass der oben genannte Leistungserbringer die von mir ausgefüllte Anwender-Testdokumentation zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen meiner Hilfsmittelversorgung sowie zur Klärung medizinischer und technischer Fragestellungen im Zusammenhang damit an den zuständigen Kostenträger weiterleitet. Soweit der Kostenträger den Medizinischen Dienst (MD) einschaltet, umfasst meine Einwilligung auch die Weitergabe an den MD zu den vorstehend genannten Zwecken.

Ort

Datum

Unterschrift