



Erprobungsbogen elektrische Antriebe

Angaben zum / zur Versicherten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____ (TT/MM/JJJJ)

Diagnose/-n: _____

Gewicht & Körpergröße: _____ kg _____ cm

Krankenkasse: _____

Beschreibung des Einsatzumfeldes:

- ☐ nur Wohnung ☐ nur Straße ☐ Wohnung und Straße
☐ hügeliges Wohnumfeld ☐ flaches Wohnumfeld ☐ weite Strecken
☐ Fahrten zur Arbeitsstätte / Einkauf / Schule ☐ Begleitperson vorhanden
☐ nur eigenes Grundstück – keine öffentlichen Straßen
☐ Haus ist ebenerdig zu befahren ☐ Rampen sind erforderlich
☐ Es sind ____ Stufen zu überwinden

Unterstellmöglichkeit:

- ☐ Wohnung ☐ Hausflur ☐ Keller ☐ überdachte Terrasse / Balkon ☐ Garage
☐ Schuppen ☐ Carport

Erprobung:

Die Probefahrt wurde mit folgenden Modellen durchgeführt (bitte Hilfsmittelnummer auch angeben):

Probefahrt durchgeführt am: _____._____._____

Im Beisein von: _____

Dauer der Probefahrt: _____

Die Probefahrt wurde durchgeführt: ☐ auf der Straße ☐ in der Wohnung☐ Sonstiges (bitte genaue Angabe): _____

Hat eine Erprobung mit mindestens zwei unterschiedlichen Modellen stattgefunden?

☐ Ja ☐ Nein

Begründung für die ausgewählte Versorgung. Warum kam kein anderes Modell in Betracht?

Zusätzlich benötigtes Zubehör: _____
(ärztl. Verordnung beifügen)

Die o.g. versicherte Person ist körperlich und geistig in der Lage, das erprobte Hilfsmittel entsprechend der künftigen Verwendung zu nutzen und zu bedienen: ☐ ja ☐ nein

Die Sehfähigkeit der versicherten Person ist ausreichend gegeben: ☐ ja ☐ nein ☐ Brille

Die versicherte Person nimmt keine Medikamente, die seine / ihre Fahrtüchtigkeit einschränken könnten: ☐ ja ☐ nein

Die Nutzung ist nur mit einer Begleitperson möglich: ☐ ja ☐ nein

Es sind bereits Hilfsmittel derselben Produktart vorhanden: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte hier den Grund für den Austausch erläutern: _____

Bemerkungen / Zusätzliche Angaben:

Unterschrift des / der Versicherten

Datum, Stempel, Unterschrift Leistungserbringer