

Profilerhebungsbogen BIV-OT

zur Dokumentation für den Kostenträger

Angaben zur Person

E1	Grund der Vorstellung: _____	Vorname, Name, Geburtsdatum bzw. Adressaufkleber _____
	<input type="checkbox"/> Erstvorsteller <input type="checkbox"/> Wiedervorsteller	
	<input type="checkbox"/> Interimsversorgung <input type="checkbox"/> Definitivversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung	
E2	Größe: _____ m Gewicht: _____ kg (<input type="checkbox"/> ohne Prothese <input type="checkbox"/> mit Prothese)	
P2	verordnender Arzt: (Name, Anschrift)	Facharzt f.:

Angaben zur Amputation

E3	Bei doppelseitiger Amputation extra Formular für zweite Seite nutzen <input type="checkbox"/> beidseitig					
	Amputiert seit:	Tag/Monat/Jahr	/	/	Seite:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
E4	Amputationshöhe	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> OS	<input type="checkbox"/> Knieex.	<input type="checkbox"/> Hüftex.	<input type="checkbox"/> Hemipelv.
	spezifisch:	<input type="checkbox"/> Fuß: _____			<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
E5	Ursache	<input type="checkbox"/> pAVK (ohne Diabetes)	<input type="checkbox"/> andere Zirkulationsstörung	<input type="checkbox"/> Diabetes		
	spezifisch:	<input type="checkbox"/> Infektion (ohne Diabetes)	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
E7	Gab es Nachamputationen/ Revisionen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> weichteilig	<input type="checkbox"/> knöchern	
	spezifisch:	Klinik, Ort: _____			Monat/Jahr	/

Stumpfverhältnisse

E14	Stumpfform:	<input type="checkbox"/> zylindrisch	<input type="checkbox"/> konisch	<input type="checkbox"/> birnenförmig	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z. B. Knieex, Chopart)	
		<input type="checkbox"/> a-typisch: _____				
E15	Stumpflänge: (relativ zur kontralat. Seite)	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z. B. Knieex, Chopart)	
		<input type="checkbox"/> ultra kurz	knöchern: _____ cm	weichteilig: _____ cm		
E17	Stumpfend- belastungsfähigkeit:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> keine		
E18	Weichteildeckung:	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> adäquat	<input type="checkbox"/> übermäßig		
E19	Weichteilzustand:	<input type="checkbox"/> muskulös	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> atrophiert	
E20	Ödem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leicht	<input type="checkbox"/> ja, ausgeprägt		
E21	Volumenschwankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch:		
E22	Amputationsnarbe:	<input type="checkbox"/> verheilt	<input type="checkbox"/> eingezogen	<input type="checkbox"/> verschieblich	<input type="checkbox"/> mit Knochen verwachsen	
		<input type="checkbox"/> nicht verheilt	<input type="checkbox"/> instabil	<input type="checkbox"/> verdichtetes Narbengewebe (Narbenplatte)		
E23	Hautzustand:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig →	spezifisch: _____		
E25	Sensibilität:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vermehrt →	<input type="checkbox"/> vermindert →	spezifisch:	
E27	weitere Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Druckstelle	<input type="checkbox"/> Scheuerstelle	<input type="checkbox"/> Ulcus
		<input type="checkbox"/> Randknoten	<input type="checkbox"/> Polödem	<input type="checkbox"/> Fistel	<input type="checkbox"/> Neurom	<input type="checkbox"/> Infekt
		<input type="checkbox"/> Exostosen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (z. B. Bypass, andere Fremdkörper, Weichteilverhärtung)			
	Beschreibung/ Lokalisation/ Ursache:					

Profilerhebungsbogen BIV-OT zur Dokumentation für den Kostenträger

Fähigkeit zur Mobilität und Aktivität – PLUS-M¹



Name: _____

Datum: _____

Anleitung: Bitte antworten Sie auf alle Fragen so, als ob Sie die Beinprothese(n) tragen, die Sie die meiste Zeit verwenden. Wenn Sie normalerweise einen Gehstock, eine Unterarm-Gehstütze, oder ein Gehgestell bzw. einen Gehwagen benutzen, um die Aufgabe zu bewältigen, beantworten Sie bitte die Frage so, als ob Sie das entsprechende Hilfsmittel verwenden.

Bitte wählen Sie die Option "Nicht dazu in der Lage", wenn Sie:

- Hilfe von einer anderen Person benötigen, um die Aufgabe zu bewältigen,
- einen Rollstuhl oder Scooter benötigen um die Aufgabe zu bewältigen, oder
- das Gefühl haben, dass es für Sie zu unsicher ist, diese Aufgabe auszuführen.

Bitte markieren Sie eine Antwort pro Zeile

Frage	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage
1. Sind Sie in der Lage, in Ihrem Zuhause eine kurze Strecke zu Fuß zurückzulegen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
2. Sind Sie in der Lage, Bordsteine hinauf und herab zu steigen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
3. Sind Sie in der Lage, über einen Parkplatz zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
4. Sind Sie in der Lage, über Kies- oder Rollsplitt- Oberflächen zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
5. Sind Sie in der Lage, einen Stuhl von einem Raum zum anderen zu transportieren?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
6. Sind Sie in der Lage, zu gehen während Sie einen Einkaufskorb in der Hand tragen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
7. Sind Sie in der Lage weiterzugehen, wenn Sie angerempelt werden?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
8. Sind Sie in der Lage, auf einer unbeleuchteten Straße oder einem unbeleuchteten Bürgersteig zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
9. Sind Sie in der Lage, mit Anderen Schritt zu halten, wenn Sie gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
10. Sind Sie in der Lage, über einen rutschigen Fußboden zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
11. Sind Sie in der Lage, eine steile Schotter-Auffahrt hinunter zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
12. Sind Sie in der Lage, etwa 3 Kilometer auf unebenen Wegen und durch hügeliges Gelände zu wandern?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)

www.plus-m.org

PLUS-MTM 12-Fragen Kurzformular (v1.2)

E47 Rohwert: _____ T-Score: _____ primär verwendete Gehhilfe: _____ rechts links beidseitig

¹PLUS-MTM: Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-MTM) 12-Fragen Kurzformular (v1.2). <https://plus-m.org/>. Aufgerufen am 01.12.2020. jb



Profilerhebungsbogen BIV-OT

zur Dokumentation für den Kostenträger

Gangbildbeobachtung

(optional)

E46	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in Koordination/ Balance → spezifisch: _____
	Vieodokumentation: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	<input type="checkbox"/> Ebene <input type="checkbox"/> Rampe <input type="checkbox"/> Treppe <input type="checkbox"/> unebener Untergrund
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Aktivitätsniveau

(PMS)

basierend auf Gesamterhebung

E53	Aktivitätsniveau	0	1	1+	2	2+	3	3+	4	spezifisch (Fähigkeiten, Aktivitäten):
	aktuell:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E54	erwartet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angaben zur geplanten Versorgung (Grobplanung)

E55	<input type="checkbox"/> Post OP Versorgung <input type="checkbox"/> Interimsprothese <input type="checkbox"/> Definitivprothese <input type="checkbox"/> Wechselprothese (z.B. Sport, Wasserfest) <input type="checkbox"/> keine
E56	Schaftsystem: Halte-/ Haftmechanismen: _____
E57	Stumpfformung/ Lymphmanagement: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
E58	Liner: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> Post OP Liner Linergröße: _____ spezifisch: _____ ausführliche Maßdokumentation erfolgt gesondert z. B. Maßdokumentation der BUFA ² / DGIHV ³ Sonstiges: _____
E59	Stumpfstrümpfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____ (wann?, Anzahl, Art, Größe)
E60	Endkontakt: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise → <input type="checkbox"/> kein Endkontakt → spezifisch: _____
E61	Fußpassteil: _____ Größe/ Kat.: _____ Hüftpassteil: _____ Kniepassteil: _____ ggf. Modus: _____ Funktionelle Zusätze: _____ (z. B. Drehadapter, etc.)
E62	Formausgleich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
E63	Bemerkung/Sonstiges: _____

Zusammenfassende Beurteilung

E65	Prothesenversorgung möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → spezifisch: _____
E70	Daten erhoben, Datum/Name: _____ / _____

1: Bundesfachschlue Orthopädie-Technik Maßblätter und Zustandserhebungen, <https://www.ot-bufa.de/bufa/service/download/massblaetter/> (25.03.2022)

3: Kompendium Qualitätsstandard im Bereich Prothetik der unteren Extremität, DGIHV e.V. 1. Auflage 2018 plus CD-ROM Formulare, Stand 05/2018. Verlag Orthopädie-Technik ISBN 978-3-9813221-6-3