

## **"Neurologische Hilfsmittel"**

### **Fremdkraftbetriebene Bewegungstrainer:**

Für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Hessen sind erforderlich:

1. Rezept mit Diagnose
2. Seit wann besteht die Parese / neurologische Funktionsstörung?
3. Was wird genau beantragt? Mit welchem Zubehör?
4. Kostenvoranschlag
5. Beschreibung der neurologisch bedingten körperlichen Einschränkungen mit Kraftgraden nach Janda, Rigor, Spastik, Tremor, M. Parkinson nach Hoehn und Yahr, Multiple Sklerose nach EDSS
6. Relevante ärztliche Berichte zu stationären Aufenthalten, letzter Rehabilitationsbericht
7. Bisherige Therapie und deren objektiver Verlauf (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, wie oft werden diese Therapien durchgeführt?)
8. Wie groß ist die Gehstrecke in Metern, die der/die Versicherte mit/ohne Hilfsmittel (welches?) und/oder mit Hilfsperson zurücklegen kann?
9. Bewegungstherapie in Eigenregie
10. Welche Einschränkungen bestehen ggf. an den oberen Extremitäten?
11. Wie ist das Sehvermögen?
12. Wer wird den Bewegungstrainer bedienen?
13. Wurde bereits eine mindestens 4-wöchige Erprobung durchgeführt? (bitte Erprobungsbericht vorlegen) (Unseres Wissens nach stellen die Gerätehersteller die Geräte für die Erprobungszeit kostenfrei zur Verfügung)
14. Welche weiteren Erkrankungen bestehen außerdem?

### **Elektrostimulationsgeräte:**

Für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Hessen sind erforderlich:

1. Rezept mit Diagnose
2. Seit wann besteht die Parese / neurologische Funktionsstörung?
3. Kostenvoranschlag mit Hilfsmittelnnummer
4. Eingehender neurologischer Befundbericht mit Krankheitsverlauf und Angaben zu Ausmaß der evtl. Paresen in Kraftgraden, Koordinationsstörungen und Reflexstatus sowie Ausschluss von Kontraindikationen
5. Funktionsstörungen bzw. verbliebenen Restfunktionen
6. Auflistung bisheriger Therapien und Hilfsmittel
7. Je nach Sachlage sind ggf. zusätzlich erforderlich: Reha-Berichte

Ihren Auftrag senden Sie bitte per Post, Fax oder per Mail an:

Medizinischer Dienst Hessen  
Geschäftsbereich Ambulante Versorgung  
Team Hilfsmittel und Medizinprodukte  
Zimmersmühlenweg 23  
61440 Oberursel  
Telefax 06171 634-492  
Mail: [av\\_team\\_hm@md-hessen.de](mailto:av_team_hm@md-hessen.de)