

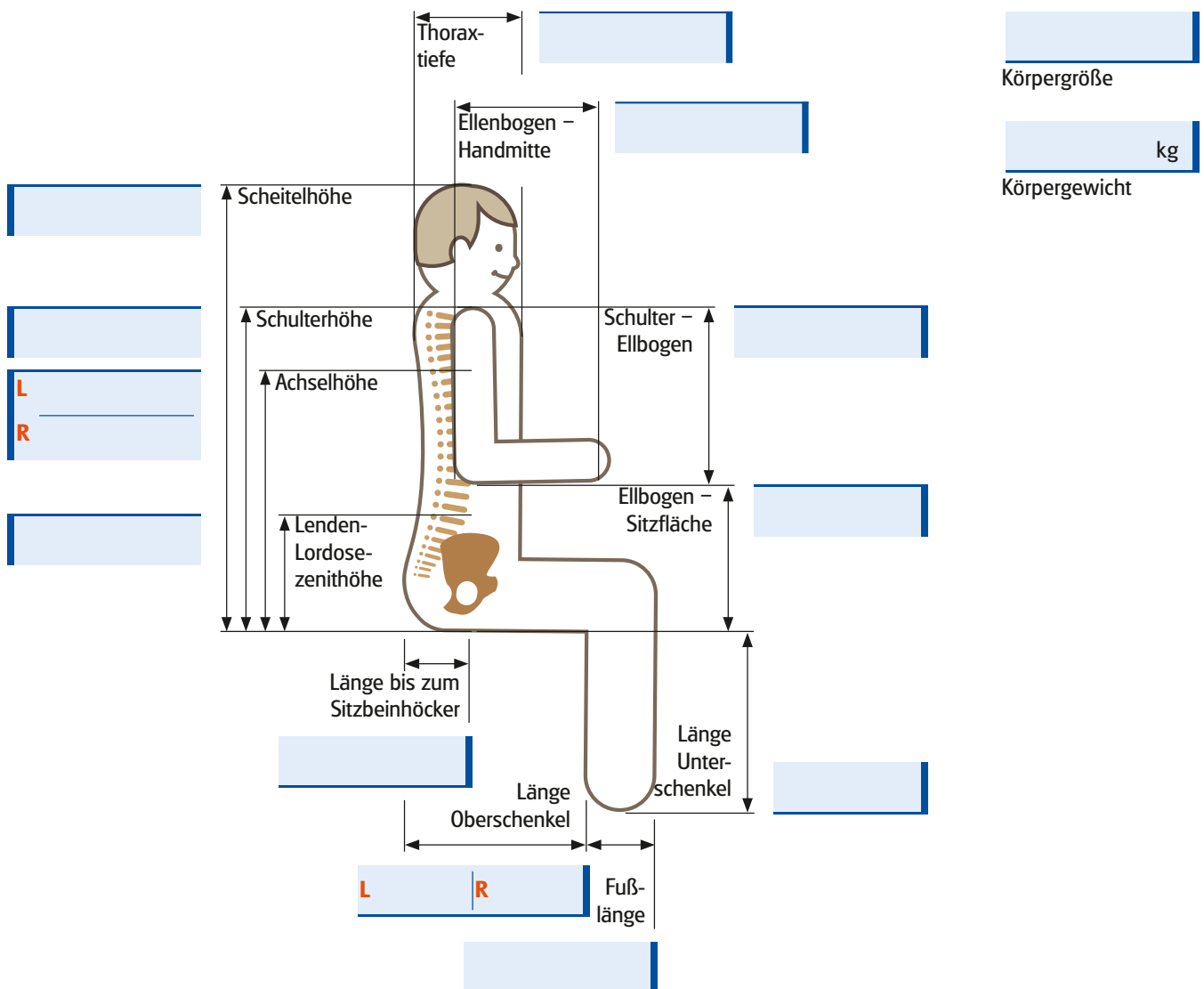
MerLan Servicepartner:

Angaben zum Patienten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Patienten/der Patientin	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MerLan-Techniker	Auftragsnummer	Datum

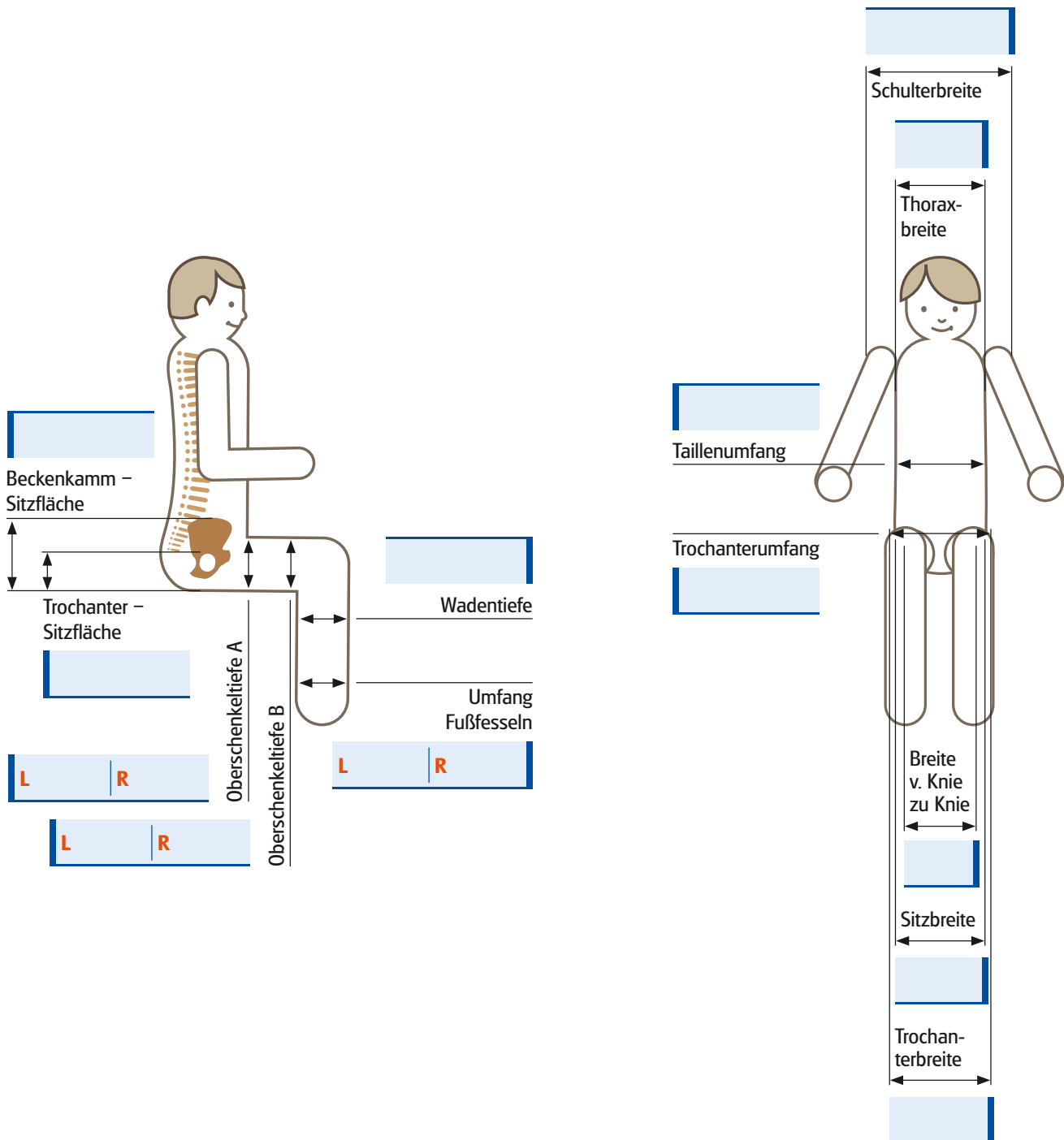
Angaben zur Versorgung

Alle Körpermaße in cm,
links und rechts immer aus Sicht der sitzenden Person



Angaben zur Versorgung

Alle Körpermaße in cm,
links und rechts immer aus Sicht der sitzenden Person



Ihr MerLan Servicepartner:

Auftragsdaten

<input type="text"/>	
MerLan-Techniker	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auftragsnummer	Datum

Angaben zum Patienten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	Handy	E-Mail
<input type="text"/>		
Diagnose	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
	Geschlecht	

behandelnde/r Therapeut/in

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Fachrichtung
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Einrichtung	Telefon	
<input type="text"/>		
Namen von Betreuern und Lehrern		

Situation und Zielbeschreibung

vorhandene Hilfsmittelversorgung(en)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ziele, Besonderheiten für eine verbesserte Sitzpositionierung

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Zusatzversorgung | Zweitversorgung | Integration in das vorhandene Hilfsmittel

MerLan Servicepartner:

Angaben zum Patienten

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W
Name des Patienten/der Patientin	Geschlecht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MerLan-Techniker	Auftragsnummer	Datum

Situation des Patienten nach dem Testzeitraum

Sitzpositionierung: wie gut ist das MerLan-Sitzsystem einsetzbar?

<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schwierig	<input type="checkbox"/> nicht möglich
-----------------------------------	------------------------------	------------------------------------	--

Kopfkontrolle

<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> ...
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Rumpfkontrolle

<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> ...
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

seitliche Rump-Führung
in Form von Pelotten

<input type="checkbox"/> weiterhin erforderlich	<input type="checkbox"/> kann verringert werden	<input type="checkbox"/> kann entfallen
---	---	---

Rückenhöhe
im Sitzsystem

<input type="checkbox"/> Anlage bis Schulterhöhe	<input type="checkbox"/> Rückenhöhe kann für eine verbesserte Positionierung verringert werden
--	--

Arm- und Handbewegung

<input type="checkbox"/> kann die Arme lockerer lassen	<input type="checkbox"/> freier bewegen	<input type="checkbox"/> ohne Veränderung
--	---	---

**Aktivität / Teilnahme /
Wahrnehmung**

<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> lässt n. ___ h Benutzung nach
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

Mundkontrolle

<input type="checkbox"/> kann besser Ablecken	<input type="checkbox"/> Speichelfluss lässt nach
---	---

Nahrungsaufnahme
(essen / trinken)

<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> kann selbst erfolgen
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---

Kurzbericht

Tragedauer

<input type="checkbox"/> ___ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Wie oft pro Tag? ___ mal
--	---

Probezeitraum

Datum: vom ...	bis zum ...
----------------	-------------

Akzeptanz durch Patient...
Akzeptanz der Eltern...

<input type="checkbox"/> gefordert	<input type="checkbox"/> akzeptiert	<input type="checkbox"/> wird abgelehnt
<input type="checkbox"/> gefordert	<input type="checkbox"/> akzeptiert	<input type="checkbox"/> wird abgelehnt

<input type="text"/>

Unterschrift Therapeut/en

<input type="text"/>

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

Erklärung zur Sonderfreigabe

gemäß § 14 Abs. 1 MPG in Verbindung mit Anhang VIII der EG-Richtlinien

Ihr MerLan Servicepartner:

Auftragsdaten

MerLan-Techniker

Auftragsnummer

Datum

Angaben zum Produkt

Produktname

Nummer

Angaben zum Unterzeichner

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich bei der Aushändigung des oben bezeichneten Produktes durch den oben angegebenen MerLan-Servicepartner auf Folgendes hingewiesen wurde:

- **Das Produkt ist noch nicht endgültig fertiggestellt und nicht endgeprüft.
Es wird mir aufgrund einer Sonderfreigabe nur zur Erprobung ausgehändigt.**
- **Die Anwendung des Produktes ist eingeschränkt,
bei seiner Benutzung ist besondere Vorsicht geboten.**
- **Insbesondere darf das Produkt auf keinen Fall starken Beanspruchungen ausgesetzt werden.**

Ich erkläre hiermit, dass ich vom oben angegebenen MerLan-Servicepartner auf die besonderen Bedingungen bei der Nutzung des Produktes, insbesondere die eingeschränkte Anwendung, das erhöhte Risiko bei Nutzung und die einzuhaltenden Vorsichtsmaßnahmen, hingewiesen worden bin und dass ich das Produkt ausschließlich unter Beachtung dieser Vorgaben benutzen werde.

Datum

Unterschrift des Kunden