

ottobock.

Dokumentation.

***C-Brace Interim* Orthesenversorgung.**



Datenschutzerklärung.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Unterstützung bei der Beantragung

Gerne unterstützen wir Sie bei der Beantragung. Hierfür benötigen wir jedoch Ihre Einwilligung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH gespeichert und zur Unterstützung bei der Argumentation verarbeitet werden.

Einwilligung in die Kontaktaufnahme und Verarbeitung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Gerne möchten wir Sie auch in Zukunft über unsere Produkte und Dienstleistungen informieren – insbesondere über Neuerungen und interessante Kampagnen und Aktionen von Ottobock. Dies ist uns jedoch nur mit Ihrer Einwilligung möglich, welche Sie nachstehend erklären können.

Ich bin einverstanden, dass die Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH, Max-Näder-Straße 15, 37115 Duderstadt mich über Produkte und Dienstleistungen aus den von mir gewünschten Produktbereichen informiert.

Auswahl der gewünschten Produktbereiche

Orthetik Prothetik Rollstühle

Zu diesem Zweck werden die von mir oben angegebenen personenbezogenen Daten im erforderlichen Umfang verarbeitet.

Die Information darf über folgende Kontaktkanäle meiner Wahl erfolgen

E-Mail Telefon Post

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zu widerrufen. Hierfür genügt eine formlose E-Mail an mail@ottobock.de. Den Erhalt von Newslettern können Sie direkt über die entsprechende „unsubscribe“-Funktion im Newsletter widerrufen. Bitte beachten Sie, dass die bis zum Widerruf erfolgte zulässige Datenverarbeitung davon unberührt bleibt.



Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.ottobock.com/datenschutzhinweis.

Vorname _____

Nachname _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Dokumentation.

C-Brace Interim Orthesenversorgung.

Hinweise zur Dokumentation

Diese Dokumentation unterstützt die engmaschige Kontrolle um die Fortschritte eines Patienten während der unterschiedlichen Phasen einer Rehabilitation mit der Interimorthese und **C-Brace** Kniegelenk (**C-Brace Interim**). Damit kann eine durchgehende Beurteilung der Möglichkeiten eines Patienten nach 6 Monaten Rehabilitation festgehalten werden. Von erster Vertikalisierung, über Stehen und Gehen, bis hin zur Teilhabe am Leben sollten die Ergebnisse dokumentiert und zur Beurteilung herangezogen werden.

Die Dokumentation ist so aufgebaut, dass auf die grundsätzlichen Stammdaten, die Hintergründe der Versorgung, also die Indikation im Detail beschrieben werden. Insbesondere in der Rehabilitation können sich die muskulären und sensitiven Situationen verändern. Diese werden in der Regel in der Rehabilitation regelmäßig kontrolliert, von daher können Ergebnisse aus diesen Unterlagen genommen werden und in den Dokumentationsbogen übertragen werden, wenn sich erwähnenswerte Veränderungen entwickeln. Diese Dokumentation kann ebenfalls für längere Testversorgungen herangezogen werden, um Patienten die Möglichkeit zu geben, von ihren vorherigen Versorgungsgen auf das **C-Brace** umzusteigen.

Die wichtigsten Teile der Dokumentation beziehen sich auf den Fortschritt eines Patienten. Durch anerkannte therapeutische Assessments lässt sich der Rehabilitationsverlauf / Testverlauf objektiv beurteilen. In dieser Dokumentation beschränken wir uns auf einen ICF basierten Fragebogen, Berg Balance Test und Timed up and Go (TuG), 10 Meter Gehtest.

Ein weiterer Punkt ist die regelmäßige Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Interimorthese und die entsprechende Passform oder evtl. Änderungen an der Funktion.

Das **C-Brace** Gelenk erlaubt eine Adaption an die Möglichkeiten des Patienten, bis hin zu einem evtl. Entfallen der Kniegelenkfunktion. Dafür kann der obere Teil der Orthese mit dem **C-Brace** Gelenk entfernt werden

und die verbleibende Orthese als AFO weiter genutzt werden. So ist sichergestellt dass nach 6 Monaten die passende Versorgung bzw. Lösung für den Patienten festgelegt werden kann.

Bitte diese Dokumentation mit entsprechender Zeit und Genauigkeit ausfüllen und damit immer die 6-monatige Interimsversorgung begleiten. Die Ergebnisse daraus lassen sich dann leichter für eine Dokumentation verwenden und stellt die Argumentation gegenüber Dritten sicher!

Inhalt

Stammdaten	4
Gesundheits- und Mobilitätsstatus	5
Timed Up and Go Test	8
10 Meter Gehtest	9
Berg Balance Test	10
Muskelstatus	11
Abgabe der C-Brace Interim Orthese	12
Entwicklung der C-Brace Interim Orthese	13

Stammdaten.

Angaben zur Person

Vorname _____

Nachname _____

Kunden-Nr. _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum _____

Betroffene Seite Links Rechts Beidseitig

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht bei Erstaufnahme _____ kg

Datum der Messung _____

Name erziehungsberechtigte Person _____

Krankenkasse Gesetzlich Privat BG

Sonstiges _____

Orthopädietechniker / Therapeut _____

Datum der ersten Datenaufnahme _____

Verschreibender Arzt _____

Name des Klinikums _____

Telefon _____

Versorgungsstatus

Datum Erstversorgung _____

Datum Folgeversorgung _____

Datum Rehaaufenthalt _____

Name Rehabilitationsklinik _____

Bisherige Versorgungen

Wenn es sich um eine Umstellungsversorgung handelt!

KAFO gesperrt SCO SSCO

Pasteile oder Produktnamen

Sind Anpassungen im privaten Umfeld notwendig?

Bereits angepasste

Noch ausbaufähige

Bisher keine Adaption

Ist ein Fahrzeug vorhanden?

Ja

Nein

Wenn ja, sind (weitere) Anpassungen am Fahrzeug notwendig?

Ja

Nein

Gesundheits- und Mobilitätsstatus.

Bitte geben Sie den allgemeinen Gesundheitszustand und Mobilitätsstatus des Patienten zum Zeitpunkt der 1. Erhebung an.

Indikation (Grunderkrankung) _____

Betroffen seit _____

Diagnose

QS	MS	ALS
Neuropathie	Dystrophie	Zerebralparese
Poliomyelitis	Schlaganfall	Periphere Nervenläsion
Zentrale Nervenläsion		

Sonstiges

Bei Verletzungen des Rückenmarks

Läsionshöhe Komplett Inkomplett

Allgemeiner Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der 1. Erhebung

Nur Liegend Sitzfähig Stehfähig Gehfähig

Bestehen Herz-Kreislaufkrankungen? Ja Nein

Ist eine Beatmung notwendig? Ja Nein

Bestehen Durchblutungsstörungen? Ja Nein

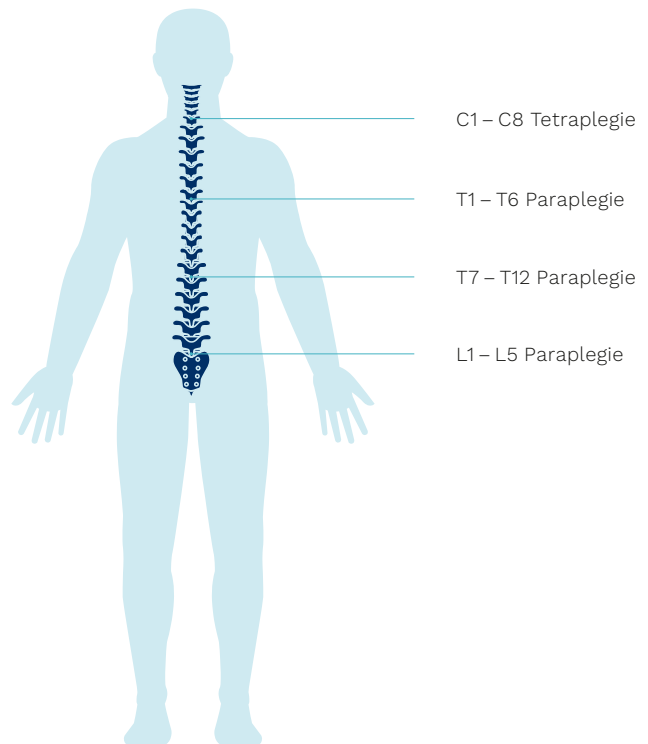
Besteht eine Varikosis? Ja Nein

Werden Kompressionsstrümpfe verwendet? Ja Nein

Wenn Ja, welche Klasse? _____

Liegt eine Inkontinenz vor? Ja Nein

Wird ein Katheter verwendet? Ja Nein



Volumen

Generelle Beinform

Normal Muskulös Voluminös

Sonstiges

Treten Volumenschwankungen auf? Ja Nein

Leidet der Patient an Diabetes? Ja Nein

Leidet der Patient an Koordinationsstörungen? Ja Nein

Leidet der Patient unter Schwindel und / oder Gleichgewichtsstörungen? Ja Nein

Bestehen Infektionskrankheiten? Ja Nein

Hinweis: Wichtig für die eigene Sicherheit im Umgang mit dem Patienten!

Leidet der Patient an Allergien? Ja Nein

Treten Schmerzen auf? Ja Nein

Gesundheits- und Mobilitätsstatus.

Schmerzen

Leidet der Patient an allgemeinen Schmerzen am Bein?

Ja Nein

Wenn Ja, in welchem Areal? _____

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (unerträglich)? _____

Ist das Areal der Schmerzen kontaktfähig? Ja Nein

Ist das Areal der Schmerzen belastbar? Ja Nein

Wenn Ja, wie stark belastbar?

Voll Hoch Mittel Gering

Bemerkungen

Kontrakturen

Kontrakturen vorhanden? Ja Nein

Hüfte Links Rechts

Knie Links Rechts

Fuß Links Rechts

Bemerkungen

Spastik

Spastik vorhanden Links Rechts Beidseitig

Bereich der Spastik

Obere Extremität Untere Extremität

In allen Extremitäten Hand Ellbogen

Hüfte Knie Fuß

Ashworth 1964

1. Keine Zunahme der Muskelspannung bei passiver Bewegung.
2. Leichte Erhöhung der Muskelspannung bei passiver Bewegung. Beschrieben wird hier das sogenannte „Taschenmesserphänomen“: Wie beim Öffnen eines Taschenmessers ist der Widerstand zunächst erhöht und lässt dann nach. Auf eine Spastik desselben Grades kann aber auch ein leichter Widerstand am Ende der Bewegung hindeuten.
3. Deutliche Erhöhung der Muskelspannung während der gesamten Bewegung, Extremität kann aber leicht bewegt werden.
4. Die betroffene Extremität bleibt starr und kann nicht gebeugt oder gestreckt werden.

Einstufung nach „Ashworth 1964“ _____

Detailbeschreibung

Gesundheits- und Mobilitätsstatus.

Haut

Allgemeiner Hautzustand

Normal Schuppig Nässend
Trocken Gereizt Entzündet

Sonstiges _____

Areal _____

Hautfarbe

Normal Gelblich Bläulich Blass
Rötlich

Sonstiges _____

Temperatur

Normal Kalt Warm

Areal _____

Weichteildeckung

Normal Gering Übermäßig

Areal _____

Druck- / Scheuerstellen

Ja Nein

Wenn Ja, welches Areal: _____

Narben

Ja Nein

Wenn Ja, welches Areal: _____

Bemerkungen

Einnahme von Medikamenten

Medikamente wegen

Schmerzen Schwellungen Gleichgewichtssinn
Sehvermögen Blutverdünnung Spastik

Sonstiges _____

Dauerhafte Einnahme?

Ja Nein

Timed Up and Go Test.

Die folgenden Testreihen zur Dokumentation der Mobilität des Patienten können mit Hilfe des Verifizierungsteppich (VeriTep) durchgeführt werden. Der Test sollte jeweils zum Zeitpunkt T0 – T6 durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können.

Einstufung

T0= Zum Zeitpunkt der Erstaufnahme (einige Assessments können noch nicht durchgeführt werden, dann durch einen Strich kennzeichnen, für nicht durchführbar)

T1= nach fertiger Anpassung der Interimorthese

T2= nach 1 wöchiger Rehapphase

T3= nach 4 wöchiger Rehapphase

T4= nach 8 wöchiger Rehapphase

T5= nach 16 wöchiger Rehapphase

T6= bei Beendigung der Reha / Testphase, spätestens nach 24 Wochen

Vorbereitung

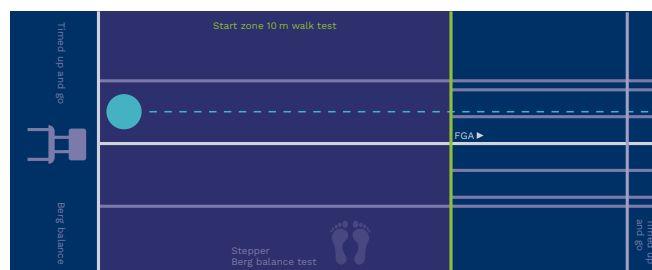
- Folgende Materialien werden benötigt: Stuhl, Stoppuhr, Verifizierungsteppich (VeriTep)

Durchführung

- Patient sitzt auf einem Stuhl, der Rücken liegt der Stuhllehne an, die Arme auf den Armlehnen.
- Auf Kommando steht der Patient auf, geht bis zu einer in 3 m Abstand entfernten Markierung, dreht um, geht zum Stuhl zurück und setzt sich wieder hin.
- Die benötigte Zeit bei dem Test wird in Sekunden notiert, zur Testdurchführung sind Hilfsmittel erlaubt.
- Der Ablauf darf vor der eigentlichen Durchführung einmal geübt bzw. vom Untersucher demonstriert werden.
- Test wird zweimal durchgeführt, besseres Ergebnis wird notiert.

Hinweise

- Demonstrieren Sie den Ablauf und geben Sie die Möglichkeit eines Testdurchlaufs.
- Eine physische Stützung durch eine Begleitperson ist nicht erlaubt.



	Auswertung								Zeit
T0	0	1	2	3	4	5	6	7	
T1	0	1	2	3	4	5	6	7	
T2	0	1	2	3	4	5	6	7	
T3	0	1	2	3	4	5	6	7	
T4	0	1	2	3	4	5	6	7	
T5	0	1	2	3	4	5	6	7	
T6	0	1	2	3	4	5	6	7	

1 = Vollständige Unterstützung (Patient führt 0 – 24 % der Aufgabe aus)*

2 = Maximale Unterstützung (Patient führt 25 – 49 % der Aufgabe aus)

3 = Mäßige Unterstützung (Patient führt 50 – 74 % der Aufgabe aus)

4 = Minimale Unterstützung (Patient führt 75 – 99 % der Aufgabe aus)

5 = Beaufsichtigung (der Patient benötigt Unterstützung beim Einrichten oder im Standby-Modus; es besteht kein Körperkontakt)

6 = Modifizierte Selbstständigkeit (Patient benötigt Hilfsmittel oder Stützen, benötigt zusätzliche Zeit, leichte Sicherheitsprobleme)

7 = Unabhängig

* Hinweis: Wenn Ihr Patient vollständige Hilfe benötigt, sollte eine Bewertung von 0 dokumentiert werden.

VeriTep.

Der Testteppich von Ottobock ist ein Werkzeug für die Verifizierung des medizinischen Nutzens bzw. der Wirksamkeit eines Hilfsmittels.

10 Meter Gehtest.

Der Test wird verwendet, um die Gehgeschwindigkeit in Metern pro Sekunde (m / s) über eine kurze Strecke zu messen. Die folgenden Testreihen zur Dokumentation der Mobilität des Patienten können mit Hilfe des Verifizierungsteppich (VeriTep) durchgeführt werden. Der Test sollte jeweils zum Zeitpunkt T0, T1 und T2 durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können.

Einstufung

T0= Zum Zeitpunkt der Erstaufnahme (einige Assessments können noch nicht durchgeführt werden, dann durch einen Strich kennzeichnen, für nicht durchführbar)

T1= nach fertiger Anpassung der Interimorthese

T2= nach 1 wöchiger Rehapphase

T3= nach 4 wöchiger Rehapphase

T4= nach 8 wöchiger Rehapphase

T5= nach 16 wöchiger Rehapphase

T6= bei Beendigung der Reha / Testphase, spätestens nach 24 Wochen

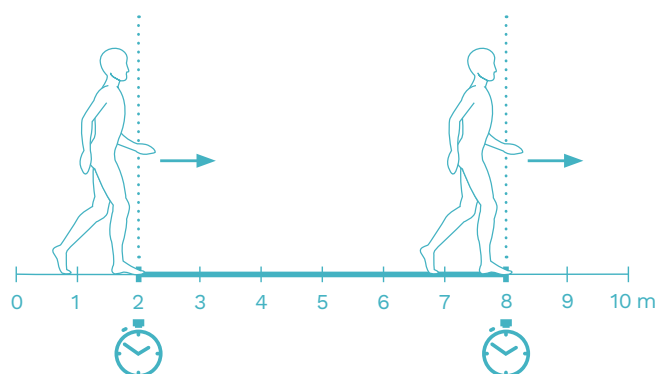
Vorbereitung

- Folgende Materialien werden benötigt: Verifizierungsteppich (VeriTep)
- Messen und markieren Sie den Anfangs- und Endpunkt einer 10 m langen Strecke auf festem Boden.
- Fügen Sie eine Markierung bei 2 m und 8 m hinzu (um die mittleren 6 m zu kennzeichnen, bei denen die Zeit gemessen wird).

Durchführung

- Dokumentieren Sie die Zeit, die der Patient braucht um die mittleren 6 m zu gehen, den Grad der Unterstützung und die Art der verwendeten Hilfsmittel und / oder Stützen.
- Die Zeit wird für die mittleren 6 m gemessen, um die Beschleunigung und Verzögerung des Patienten zu berücksichtigen.
- Die Zeitmessung wird gestartet, wenn ein beliebiger Teil des vorderen Fußes die Ebene der 2-m-Marke überquert.

- Die Zeit wird gestoppt, wenn ein Teil des vorderen Fußes die Ebene der 8-m-Marke überquert.
- Wenn ein Patient vollständige Hilfe benötigt oder überhaupt nicht in der Lage ist, zu gehen, sollte ein Wert von 0 m / s dokumentiert werden
- Test zweimal durchführen und besseres Ergebnis notieren.



	Auswertung							Zeit
T0	0	1	2	3	4	5	6	7
T1	0	1	2	3	4	5	6	7
T2	0	1	2	3	4	5	6	7
T3	0	1	2	3	4	5	6	7
T4	0	1	2	3	4	5	6	7
T5	0	1	2	3	4	5	6	7
T6	0	1	2	3	4	5	6	7

- 1 = Vollständige Unterstützung (Patient führt 0 – 24 % der Aufgabe aus)*
 2 = Maximale Unterstützung (Patient führt 25 – 49 % der Aufgabe aus)
 3 = Mäßige Unterstützung (Patient führt 50 – 74 % der Aufgabe aus)
 4 = Minimale Unterstützung (Patient führt 75 – 99 % der Aufgabe aus)
 5 = Beaufsichtigung (der Patient benötigt Unterstützung beim Einrichten oder im Standby-Modus; es besteht kein Körperkontakt)
 6 = Modifizierte Selbstständigkeit (Patient benötigt Hilfsmittel oder Stützen, benötigt zusätzliche Zeit, leichte Sicherheitsprobleme)
 7 = Unabhängig

* Hinweis: Wenn Ihr Patient vollständige Hilfe benötigt, sollte eine Bewertung von 0 dokumentiert werden.

Berg Balance Test.

Der „Berg Balance Test“ dient der Ermittlung des Beeinträchtigungsgrades: Zutreffendes ankreuzen, entsprechende Zahl in der rechten Spalte eintragen und Gesamtzahl addieren.

Einstufung: Grad der Beeinträchtigung

0 = 100 %
 1 – 11 = 80 %
 12 – 22 = 60 %
 23 – 33 = 40 %
 34 – 44 = 20 %
 45 – 55 = 10 %
 56 = 0 %

Einstufung

T0= Zum Zeitpunkt der Erstaufnahme (einige Assessments können noch nicht durchgeführt werden, dann durch einen Strich kennzeichnen, für nicht durchführbar)
 T1= nach fertiger Anpassung der Interimorthese
 T2= nach 1 wöchiger Rehapphase
 T3= nach 4 wöchiger Rehapphase
 T4= nach 8 wöchiger Rehapphase
 T5= nach 16 wöchiger Rehapphase
 T6= bei Beendigung der Reha / Testphase, spätestens nach 24 Wochen

	4	3	2	1	0	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Aufstehen gelingt	unabhängig	mit Handunterstützung	mehrmaliger Versuch	geringe Hilfe	mäßige bis max. Unterstützung							
Freies Stehen	2 Min.	2 Min. mit Überwachung	30 Sek. ohne Unterstützung	mehrere Versuche für 30 Sek.	nicht 30 Sek. Stehfähig							
Freies Sitzen	2 Min. sicher	2 Min. mit Überwachung	30 Sek.	10 Sek.	kein selbstständiges Sitzen für 10 Sek.							
Hinsetzen gelingt	sicher ohne Hände	mit Händen	lehnt sich mit den Beinen an	unkontrolliertes absinken	benötigt Hilfe							
Transfer	sicher, minimale Unterstützung der Hände	sicher, nutzt die Hände	benötigt die verbale und anweisende Unterstützung	benötigt 1x Hilfe	benötigt mehrmalige Hilfe							
Stehen mit geschlossenen Augen	10 Sek. sicher	kann 10 Sek., benötigt aber Aufsicht	kann 3 Sek.	kann nicht 3 Sek. die Augen schliessen, steht aber sicher	benötigt Hilfe zum sicheren Stehen							
Stehen mit Fersenkontakt an den Füßen	kann selbstständig die Füße zusammenstellen und 1 Min. sicher stehen	kann selbstständig die Füße zusammenstellen und unter Aufsicht 1 Min. stehen	kann die Füße selbstständig zusammenstellen und die Position 30 Sek. halten	braucht Hilfe, um die Position einzunehmen kann dann 15 Sek. stehen	braucht Hilfe, um die Position einzunehmen kann keine 15 Sek. stehen							
Im Stehen mit ausgestreckten Armen nach vorne lehnen	> 25 cm	> 12,5 cm	> 5 cm	reicht nach vorne benötigt aber Unterstützung	verliert das Gleichgewicht / braucht externe Unterstützung							
Aus dem Stand Gegenstand vom Boden aufheben	funktioniert sicher	funktioniert benötigt aber Aufsicht	geht nicht scheitert 2 – 5 cm davor	kommt nicht runter, benötigt Aufsicht	geht nicht							
Über die Schulter schauen	geht ohne Einschränkung	geht nur zu einer Seite	kann nur zur Seite drehen behält aber das Gleichgewicht	benötigt Aufsicht beim Umdrehen	nicht möglich							
360° Drehung im Stand	geht in < 4 Sek.	nur in eine Richtung < 4 Sek.	nur in eine Richtung > 4 Sek.	geht aber nur unter Aufsicht mit verbaler Unterstützung	geht nicht							
Alternierend Stufe nehmen / Stepper	8 Schritte < 20 Sek.	8 Schritte > 20 Sek.	4 Schritte mit Aufsicht	2 – 4 Schritte, mind. 1x unterstützt	nicht möglich							
Doppelseitiger Stand	ruhiger, beidseitiger Stand 30 Sek.	versetzter Stand 30 Sek.	Stand mit kleinen Schritten 30 Sek.	Stehen mit Hilfe 15 Sek.	unmöglich zu Stehen							
Einbeiniger Stand	10 Sek.	5 – 10 Sek.	3 – 5 Sek.	< 3 Sek. bleibt aber Stehen	nicht möglich							
Gesamt												

Muskelstatus.

Muskelkrafteinteilung nach Janda

- 0 Keine sichtbare und / oder fühlbare Muskelkontraktion
- 1 Sichtbare und / oder fühlbare Kontraktion ohne motorischen Effekt
- 2 Ausgeprägte Muskelspannung, Bewegung möglich*
- 3 Bewegung gegen die Schwerkraft möglich
- 4 Bewegung gegen leichten oder mittleren Widerstand möglich
- 5 Bewegung mit normaler Kraft

* wenn die Schwerkraft aufgehoben wird

Muskelstatus Links	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6
A Oberkörperaufrichtung ventrale Muskulatur							
B Oberkörperaufrichtung dorsale Muskulatur							
C Hüftabduktion							
D Hüftadduktion							
E Hüftflexion							
F Hüftextension							
G Knieflexion							
H Knieextension							
I Plantarflexion							
J Dorsalflexion							

Muskelstatus Rechts	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6
A Oberkörperaufrichtung ventrale Muskulatur							
B Oberkörperaufrichtung dorsale Muskulatur							
C Hüftabduktion							
D Hüftadduktion							
E Hüftflexion							
F Hüftextension							
G Knieflexion							
H Knieextension							
I Plantarflexion							
J Dorsalflexion							

Abgabe der *C-Brace Interim* Orthese.

Bitte dokumentieren Sie Änderungen und Anpassungen an der Interimorthese, sowie Druckstellen, Aufbau etc.

T1

Funktionsprüfung und Einweisung am Patienten

Datum _____

Uhrzeit (von bis) _____

Ort _____

Wer hat die Funktionsprüfung und Einweisung vorgenommen?

Hiermit bestätige ich die Funktionsprüfung und Einweisung

Unterschrift _____

Änderungen an der Programmierung

In welchem Modus wird die **C-Brace Interim** Orthese während des Trainings verwendet?

Basic Mode Training Mode Freeze Position

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic oder Training Mode verwendet wird:

Ist ein Auslösen der Schwungphase möglich? Ja Nein

Ist eine relevante Kniebeugung in der Schwungphase möglich? Ja Nein

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic Mode verwendet wird:

Nutzt der Patient die Stehfunktion? Ja Nein

Nutzt der Patient die Sitzfunktion? Ja Nein

Gab es Änderungen der Programmierung? Ja Nein

Wenn Ja:

Standphasenflexionsdämpfung: Erhöht Gesenkt

Standphasenflexionsdämpfung plus: Erhöht Gesenkt

Standphasenextensionsdämpfung: Erhöht Gesenkt

Entwicklung der *C-Brace Interim* Orthese.

T2

Änderungen an der Orthese

Gab es Druckstellen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Gab es Volumenschwankungen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Wurde die Orthese auf eine AFO reduziert?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wann (DATUM: TT.MM.JJJJ) und wie?

Wurden Komponenten gewechselt?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Einstellung des Knöchelgelenks verändert?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Position des Orthesengelenks (des Kniedrehpunkts) verändert?

Ja

Nein

Änderungen an der Programmierung

In welchem Modus wird die **C-Brace Interim** Orthese während des Trainings verwendet?

Basic Mode

Training Mode

Freeze Position

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic oder Training Mode verwendet wird:

Ist ein Auslösen der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Ist eine relevante Kniebeugung in der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic Mode verwendet wird:

Nutzt der Patient die Stehfunktion?

Ja

Nein

Nutzt der Patient die Sitzfunktion?

Ja

Nein

Gab es Änderungen der Programmierung?

Ja

Nein

Wenn Ja:

Standphasenflexionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenflexionsdämpfung plus:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenextensionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Entwicklung der *C-Brace Interim* Orthese.

T3

Änderungen an der Orthese

Gab es Druckstellen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Gab es Volumenschwankungen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Wurde die Orthese auf eine AFO reduziert?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wann (DATUM: TT.MM.JJJJ) und wie?

Wurden Komponenten gewechselt?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Einstellung des Knöchelgelenks verändert?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Position des Orthesengelenks (des Kniedrehpunkts) verändert?

Ja

Nein

Änderungen an der Programmierung

In welchem Modus wird die **C-Brace Interim** Orthese während des Trainings verwendet?

Basic Mode

Training Mode

Freeze Position

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic oder Training Mode verwendet wird:

Ist ein Auslösen der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Ist eine relevante Kniebeugung in der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic Mode verwendet wird:

Nutzt der Patient die Stehfunktion?

Ja

Nein

Nutzt der Patient die Sitzfunktion?

Ja

Nein

Gab es Änderungen der Programmierung?

Ja

Nein

Wenn Ja:

Standphasenflexionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenflexionsdämpfung plus:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenextensionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Entwicklung der *C-Brace Interim* Orthese.

T4

Änderungen an der Orthese

Gab es Druckstellen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Gab es Volumenschwankungen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Wurde die Orthese auf eine AFO reduziert?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wann (DATUM: TT.MM.JJJJ) und wie?

Wurden Komponenten gewechselt?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Einstellung des Knöchelgelenks verändert?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Position des Orthesengelenks (des Kniedrehpunkts) verändert?

Ja

Nein

Änderungen an der Programmierung

In welchem Modus wird die **C-Brace Interim** Orthese während des Trainings verwendet?

Basic Mode

Training Mode

Freeze Position

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic oder Training Mode verwendet wird:

Ist ein Auslösen der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Ist eine relevante Kniebeugung in der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic Mode verwendet wird:

Nutzt der Patient die Stehfunktion?

Ja

Nein

Nutzt der Patient die Sitzfunktion?

Ja

Nein

Gab es Änderungen der Programmierung?

Ja

Nein

Wenn Ja:

Standphasenflexionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenflexionsdämpfung plus:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenextensionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Entwicklung der *C-Brace Interim* Orthese.

T5

Änderungen an der Orthese

Gab es Druckstellen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Gab es Volumenschwankungen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Wurde die Orthese auf eine AFO reduziert?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wann (DATUM: TT.MM.JJJJ) und wie?

Wurden Komponenten gewechselt?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Einstellung des Knöchelgelenks verändert?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Position des Orthesengelenks (des Kniedrehpunkts) verändert?

Ja

Nein

Änderungen an der Programmierung

In welchem Modus wird die **C-Brace Interim** Orthese während des Trainings verwendet?

Basic Mode

Training Mode

Freeze Position

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic oder Training Mode verwendet wird:

Ist ein Auslösen der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Ist eine relevante Kniebeugung in der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic Mode verwendet wird:

Nutzt der Patient die Stehfunktion?

Ja

Nein

Nutzt der Patient die Sitzfunktion?

Ja

Nein

Gab es Änderungen der Programmierung?

Ja

Nein

Wenn Ja:

Standphasenflexionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenflexionsdämpfung plus:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenextensionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Entwicklung der *C-Brace Interim* Orthese.

T6

Änderungen an der Orthese

Gab es Druckstellen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Gab es Volumenschwankungen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wo und inwiefern wurde die Orthese angepasst?

Wurde die Orthese auf eine AFO reduziert?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wann (DATUM: TT.MM.JJJJ) und wie?

Wurden Komponenten gewechselt?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Einstellung des Knöchelgelenks verändert?

Ja

Nein

Wenn Ja, beschreiben:

Wurde die Position des Orthesengelenks (des Kniedrehpunkts) verändert?

Ja

Nein

Änderungen an der Programmierung

In welchem Modus wird die **C-Brace Interim** Orthese während des Trainings verwendet?

Basic Mode

Training Mode

Freeze Position

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic oder Training Mode verwendet wird:

Ist ein Auslösen der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Ist eine relevante Kniebeugung in der Schwungphase möglich?

Ja

Nein

Wenn die **C-Brace Interim** Orthese im Basic Mode verwendet wird:

Nutzt der Patient die Stehfunktion?

Ja

Nein

Nutzt der Patient die Sitzfunktion?

Ja

Nein

Gab es Änderungen der Programmierung?

Ja

Nein

Wenn Ja:

Standphasenflexionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenflexionsdämpfung plus:

Erhöht

Gesenkt

Standphasenextensionsdämpfung:

Erhöht

Gesenkt

Entwicklung der **C-Brace Interim** Orthese.

Nutzungseinschränkung der C-Brace Interim Orthese

Die Orthese kann aus medizinischen Gründen nicht getragen werden für

_____ Wochen, vom _____ bis _____

Rückgabe der Interimorthese spätestens nach 6 Monaten erforderlich!

Geplantes Datum _____

Tatsächliches Rückgabedatum _____

Bei Leistungserbringer _____

Notizen

