

Anamnese- bogen. NeuroMobility.

Patient _____

Untersucher _____

Datum _____

ottobock.



Anamnesebogen. NeuroMobility.

Hinweise zum Fragebogen

Dieser Anamnesebogen soll Ihnen helfen Ihre neurologischen Patienten ganzheitlich zu beurteilen, die Dokumentation und Entscheidung über Hilfsmittel mit einem übergreifenden Dokument abzudecken. Diese Dokumentation soll den ganzheitlichen Ansatz erleichtern und eine gleichbleibende Qualität der Anamnese fördern.

Der Anamnesebogen ist so aufgeteilt, dass im ersten Teil nur die persönlichen Daten aufgenommen werden. Der zweite Teil bezieht sich auf die Indikation und die daraus resultierenden Ausfälle. Daraus ergibt sich im dritten Teil die detaillierte Untersuchung des Patienten und die Bestimmung der körpereigenen Mobilität. Daraus resultiert im vierten Teil der Bedarf an Hilfsmitteln und die Dokumentation der Resultate aus evtl. anschließenden Testversorgungen.

Testversorgungen können unterschiedlich ausgeprägt sein. Wir bieten unterschiedliche Testverfahren an, um Ihren Patienten mit dem, für seinen Bedarf am besten abgestimmten, Hilfsmittel versorgen zu können. Mit einigen Produkten sind direkte Tests vor Ort bei der ersten Aufnahme des Patienten möglich, bei anderen ist ein Test nur im Sanitätshaus möglich.

Teilweise wird auch eine längere Testphase mit Hilfsmitteln von Kostenträgern als Voraussetzung für eine Kostenübernahme angefordert, diese benötigen in der Regel 4 – 8 Wochen.

Eine weitere Möglichkeit ist die Verwendung von Hilfsmitteln in der frühen Rehabilitationsphase, insbesondere anpassbare Versorgungen an die Phasen der Rehabilitation (Interimsversorgungen), sind hier gefragt. Dabei ist eine engmaschige Dokumentation der Veränderungen und Fortschritte des Patienten für die regelmäßige Kontrolle und evtl. Funktionsanpassung notwendig. Für eine erfolgreiche anschließende Definitivversorgung ist diese Vorgehensweise von hoher Wichtigkeit.

Im dritten Teil des Anamnesebogens werden auf die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten hingewiesen und leiten zu den Produktspezifischen Maßnahme Dokumentationen.

Inhalt

Stammdaten.....	s. 3
Gesundheits- und Mobilitätsstatus I.....	s. 4
Aktivitäten im Alltag.....	s. 7
Dokumentation möglicher Aktivitäten.....	s. 8
VeriTip Testteppich.....	s. 9
Four square Step Test.....	s. 10
Timed Up an Go Test.....	s. 11
10 Meter Gehstest.....	s. 12
6 Min. Gehstest / Shuttle-Walk-Test.....	s. 13
Funktionelle Ganganalyse (FGA).....	s. 14
Berg Balance Test.....	s. 17
Muskelstatus.....	s. 18
Gelenkbeweglichkeit.....	s. 20
Statische und dynamische Analyse.....	s. 23
Sensorgestützte / Visuelle Ganganalyse.....	s. 25
Hilfsmittlempfehlung.....	s. 26
Hilfsmittelabgabe.....	s. 27

Stammdaten.

Angaben zur Person

Vorname _____

Nachname _____

Kunden-Nr. _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum _____

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht bei
Erstaufnahme _____ kg

Datum der
Messung _____

Name erziehu-
ngsberechtigte Person _____

Krankenkasse

Gesetzlich Privat BG

Sonstiges: _____

Orthopädietechniker /
Therapeut _____

Datum der ersten
Datenaufnahme _____

Verschreibender
Arzt _____

Name des
Klinikums _____

Telefon _____

Welche Hand war ursprünglich die Führungshand?

Links Rechts

Wurde im Zuge einer Rehabilitation die Führungs- seite gewechselt?

Nein Ja

Wenn ja, welche Hand ist aktuell die Führungshand?

Links Rechts

Welche Bereiche sind betroffen?

(Details in der Bewertung Muskelstatus)

Untere Extremitäten Obere Extremitäten

Rumpf Hals

Betroffene Seite Links Rechts Beidseitig

ottobock.

Versorgungsstatus

Datum
Erstversorgung _____

Datum
Folgeversorgung _____

Datum
Rehaaufenthalt _____

Name
Rehabilitationsklinik _____

Bisherige Versorgungen

Hinweis: Wenn keine Hilfsmittel für das Stehen oder Gehen verwendet werden sollen, bzw. der Patient nicht stehfähig ist, können Sie die Seiten 10 – 17 und 23 – 25 überspringen.

FO KO HO SO
 TLSO EWHO WO AFO
 HKAFO LSO SEWHO WHO
 Exopulse Suit KAFO
 gesperrt
 SCO
 SSCO

Pasteile oder Produktnamen

Bisherige Versorgung mit einem Rollstuhl

Nein Ja Zusätzlich zum Hilfsmittel

Wenn ja, welche Art von Rollstuhl?

Leichtgewichtsrollstuhl Aktivrollstuhl
 E-Rollstuhl

Bisherige Ausstattung des Rollstuhls

Dekubituskissen Sitz- und Rückenschale
 Sitzschale Umfeldsteuerung

Bisherige Maßnahmen im privaten Umfeld

Bereits angepasste Noch ausbaufähige
 Bisher keine Adaption

Ist ein Fahrzeug vorhanden? Nein Ja

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

Gesundheits- und Mobilitätsstatus I.

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-Kreislaferkrankungen?

- Nein Ja

Ist eine Beatmung notwendig? Nein Ja

Bestehen Durchblutungsstörungen? Nein Ja

Besteht eine Varikosis? Nein Ja

Werden Kompressionsstrümpfe verwendet?

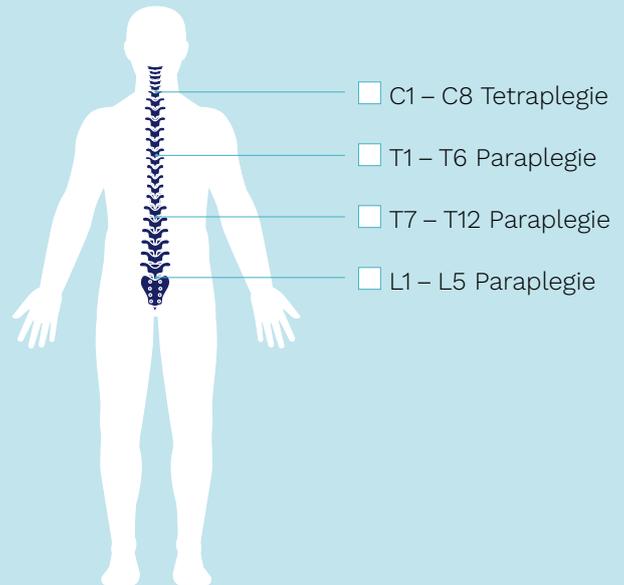
- Nein Ja

Wenn ja, welche Klasse?

Liegt eine Inkontinenz vor? Nein Ja

Wird ein Katheter verwendet? Nein Ja

ottobock.



Volumen

Generelle Beinform

- Normal Muskulös Hypotroph
 Voluminös
 Sonstiges: _____

Treten Volumenschwankungen auf?

- Nein Ja

Wurde eine Dokumentation auf dem Maßblatt vorgenommen? Nein Ja

Besteht ein Ödem? Nein Ja

Wenn ja, welche Therapie wird angewandt?

- Keine Kompressionstherapie
 Kompressionsstrumpf / -element Wicklung
 Sonstiges: _____

Bemerkungen: _____

Leidet der Patient an Diabetes? Nein Ja

Leidet der Patient an Koordinationsstörungen?

- Nein Ja

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

Bestehen Infektionskrankheiten? Nein Ja

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

Leidet der Patient an Allergien? Nein Ja

Treten Schmerzen auf? Nein Ja

Schmerzen

Leidet der Patient an allgemeinen Schmerzen am Bein?

Nein Ja

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?

Nein Ja

Ist das Areal der Schmerzen belastbar? Nein Ja

Wenn ja, wie stark belastbar?

Voll Hoch Mittel Gering

Bemerkungen:

Sensibilität

Warm-Kalt-Empfinden Normal Verändert

Oberflächensensibilität Normal Verändert

Druckintensität Normal Verändert

Drucklokation Normal Verändert

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

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 Nein Ja
Wenn ja, welches Areal: _____

Narben Nein Ja
Wenn ja, welches Areal: _____

Bemerkungen: _____

Einnahme von Medikamenten

Medikamente gegen

Schmerzen Schwellungen

Gleichgewichtssinn Sehvermögen

Blutverdünnung Spastik

Sonstiges: _____

Dauerhafte Einnahme? Nein Ja

Aktivitäten. Im Alltag.

Bitte geben Sie den Mobilitätsstatus und Aktivitäten des täglichen Lebens vor der Erkrankung oder aktuell bei der 1. Erhebung an.

Besondere Aktivitäten / Sport

Umfeld / Familie

Maximale Gehstrecke am Stück

(Bitte Länge und benötigte Zeit angeben)

Fortbewegung

- Zu Fuß Fahrrad Motorrad PKW
 ÖVPN Sonstiges:
-

Bisher genutzte Hilfsmittel

Bemerkungen, sonstige Besonderheiten

Dokumentation.

Mögliche Aktivitäten.

ICF*-basierte Dokumentation zur Bewertung der ADL mit möglichen Aktivitäten zum Zeitpunkt der 1. Erhebung

*International Classification of Function, Disability, and Health
(<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>)

Hinweis: Diese Erhebung soll zum Vergleich nach der ersten Testphase und nach Abgabe des definitiven Hilfsmittels durchgeführt werden.

ICF-Code	ADL-Beschreibung	T0	T1	T2
b1340_	Schlafdauer			
b1343_	Schlafqualität			
b2801_	Schmerz in einem Körperteil			
b2802_	Schmerz in mehreren Körperteilen			
b7351_	Tonus der Muskeln einer einzelnen Extremität			
b7352_	Tonus der Muskeln einer Körperhälfte			
b7355_	Tonus der Muskeln des Rumpfes			
d4200_	Sich beim Sitzen verlagern (auch im Rollstuhl)			
d465_	Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung (Rollstuhl) fortbewegen			
d4452_	Hände und Arme ausstrecken, um etwas zu berühren und zu greifen			
d4500_	Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)			
d4501_	Lange Entfernungen gehen (> 1 km)			
d4502_	Auf ansteigenden oder abfallenden Oberflächen gehen			
d4503_	Hindernissen ausweichen (Gegenstände, Menschen, Tieren, Fahrzeugen), wie z.B. in einem Laden oder im Straßenverkehr			
d4551_	Klettern / steigen, wie bei Stufen, Treppen oder Kantsteinen			
d4702_	Öffentliches Verkehrsmittel benutzen (Bus, U-Bahn, Zug, Flugzeug)			
d530_	Die Toilette benutzen			
d5400_	Kleidung anziehen			
d5402_	Schuhwerk anziehen			
d550_	Essen			
d560_	Trinken			
d6200_	Einkaufen (Lebensmittel, Getränke, Haushaltsartikel)			
d6300_	Mahlzeiten zubereiten			
d640_	Hausarbeiten erledigen (Benutzung von Haushaltsgeräten, Müll entsorgen, Zimmer und Toiletten in Ordnung halten, Kleidung waschen)			
d9200_	Spielen (Schach, Karten etc.)			
d9205_	Geselligkeit (Freunde oder Verwandte besuchen, sich treffen)			

0 = Keine Beeinträchtigung
1 = Leichte Beeinträchtigung
2 = Mäßige Beeinträchtigung

3 = Erhebliche Beeinträchtigung
4 = Vollständige Beeinträchtigung
9 = Keine Angabe, nicht anwendbar

T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel

VeriTep. Testteppich.

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

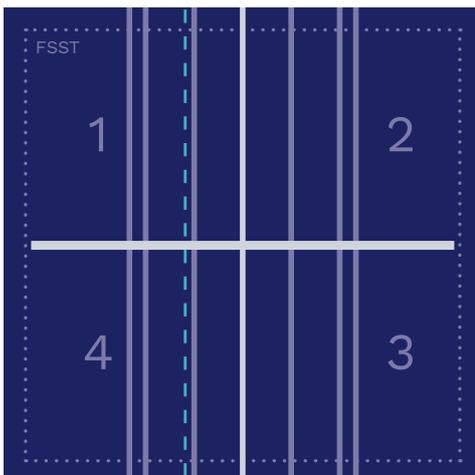
ottobock.



Four square Step. Test.

Die folgenden Testreihen zur Dokumentation der Mobilität des Patienten können mit Hilfe des Verifizierungsteppich (VeriTep) durchgeführt werden. Der „Four square step test“ sollte jeweils zum Zeitpunkt T0, T1 und T2 durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können.

T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
 T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
 T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel



	Auswertung	Zeit
T0	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
T1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
T2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 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.

Vorbereitung

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

Durchführung

- Der Patient steht in Quadrant 1, dem Quadrant 2 zugewandt. Er geht nun so zügig wie möglich durch jeden Quadranten in folgender Reihenfolge: 1, 2, 3, 4, 1, 4, 3, 2, 1.
- Dabei ändert sich seine Blickrichtung nicht. Der Patient muss also vorwärts, rückwärts, sowie seitwärts nach links und rechts gehen.
- Die Zeit der kompletten Durchführung wird in Sekunden gemessen.
- Der Vergleich der Zeiten wird erfasst und dokumentiert.

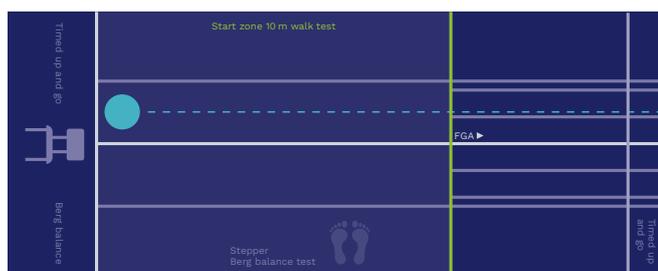
Hinweise

- Demonstrieren Sie den Ablauf und geben Sie die Möglichkeit eines Testdurchlaufs.
- Der Patient darf keine der Unterarmgehstützen berühren.
- Beide Füße müssen in jedem Quadranten Bodenkontakt haben.
- Wenn möglich sollte der Patient nicht zu Boden schauen müssen.
- Eine physische Stützung durch eine Begleitperson ist nicht erlaubt.

Timed Up an 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, T1 und T2 durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können.

- T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
- T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
- T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel



	Auswertung	Zeit
T0	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
T1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
T2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 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.

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

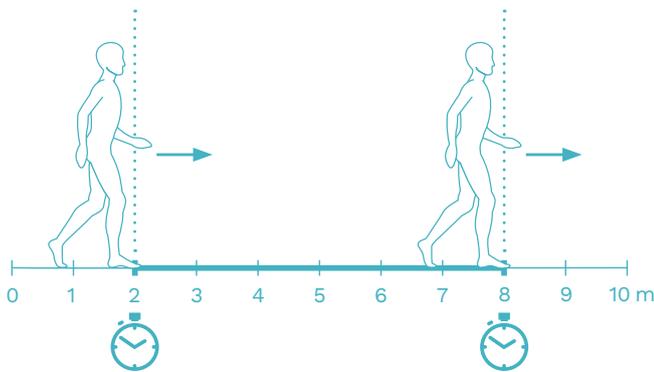
Hinweise

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

10 Meter Gehetest.

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.

T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
 T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
 T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel



	Auswertung								Zeit
T0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
T1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
T2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 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.

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.

6 Min. Gehtest / Shuttle-Walk-Test.

Die folgenden Testreihen zur Dokumentation der Mobilität des Patienten sollten jeweils zum Zeitpunkt T0, T1 und T2 durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können.

T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
 T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
 T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel



	Auswertung	Zeit
T0	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
T1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
T2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 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.

Vorbereitung

- Folgende Materialien werden benötigt: Maßband, Stoppuhr
- Messen und markieren Sie den Anfangs- und Endpunkt einer 30 – 100 m langen Strecke auf festem Boden oder nutzen sie im Innenbereich den Verifizierungsteppich (VeriTep) mit Pylonen auf den Markierungen 0 und 10 m, damit der Patient diese in einer Ellipse umlaufen kann.

Durchführung

- Die Stoppuhr wird gestartet, sobald der Patient an der ersten Markierung losgeht.
- Der Patient läuft nun so lange von der einen Markierung zur Anderen, bis die Stoppuhr 6 Minuten anzeigt.
- Die in dieser Zeit zurückgelegte Distanz wird dokumentiert.

Alternative

- Anstelle einer 30 – 100 m langen geraden Strecke, kann mithilfe von Pylonen auch eine Ellipse markiert werden, die vom Patienten abgelaufen wird.

Funktionelle Ganganalyse (FGA).

Functional Gait Assessment (FGA) Übersetzung und Instruktionen nach Holm Thieme PT, BSc PT, MSc PT.

Die folgenden Testreihen zur Dokumentation der Mobilität des Patienten sollten jeweils zum Zeitpunkt T0, T1 und T2 durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können.

- T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
- T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
- T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel

Vorbereitung

- 6 m lange Strecke, die mit einer Breite von 30,48 cm markiert ist

Durchführung

- Gehen Sie die einzelnen Aufgaben mit Ihrem Patienten durch und kreuzen Sie die höchste Kategorie an, die zutrifft.

1. Gehen in der Ebene Gehen Sie in Ihrer normalen Gehgeschwindigkeit von hier bis zur nächsten Markierung (6 m)	T0	T1	T2
Normal Geht 6 m in weniger als 5,5 Sek., ohne Hilfsmittel, bei guter Geschwindigkeit, keine Zeichen von Gleichgewichtsverlust, normales Gangmuster, weicht nicht weiter als 15,24 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung Geht 6 m in weniger als 7 Sek., aber mehr als 5,5 Sek., nutzt Hilfsmittel, geringere Geschwindigkeit, leichte Gangabweichung oder weicht zwischen 15,24 cm und 25,4 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung Geht 6 m, langsame Geschwindigkeit, abnormales Gangbild, Zeichen von Gleichgewichtsverlust oder weicht zwischen 25,4 cm und 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab, benötigt mehr als 7 Sek. für die 6 m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung Kann nicht ohne Hilfe 6 m gehen, starke Gangabweichungen oder Gleichgewichtsverlust, weicht mehr als 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab oder reicht nach der Wand und berührt diese.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wechsel der Gehgeschwindigkeit Gehen Sie zuerst in Ihrer normalen Geschwindigkeit (für 1,5 m). Wenn ich sage „geh“, dann gehen Sie so schnell Sie können (für 1,5 m). Wenn ich sage „langsam“, gehen Sie so langsam wie sie können (für 1,5 m).	T0	T1	T2
Normal Kann ohne Gleichgewichtsverlust oder Gangabweichung fließend die Gehgeschwindigkeit wechseln. Zeigt deutliche Unterschiede in den Geschwindigkeiten normal, schnell und langsam. Weicht nicht mehr als 15,24 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung Ist in der Lage, die Geschwindigkeit zu ändern, zeigt aber leichte Gangabweichungen, weicht nach außen 15,24 – 25,4 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab oder keine Gangabweichung, aber ist nicht in der Lage, eine deutliche Geschwindigkeitsänderung zu erreichen oder nutzt ein Hilfsmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung Macht nur geringe Anpassung der Gehgeschwindigkeit oder vollführt die Geschwindigkeitsänderung mit deutlicher Gangabweichung oder weicht 25,4 – 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab oder ändert Geschwindigkeit, verliert jedoch die Balance, erlangt diese wieder und geht weiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung Kann Gehgeschwindigkeiten nicht ändern, weicht mehr als 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab oder verliert die Balance und muss nach der Wand greifen oder gehalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Gang mit horizontalen Kopfdrehungen	T0	T1	T2
Gehen Sie von hier bis zur nächsten Markierung (6 m). Beginnen Sie mit Ihrer normalen Geschwindigkeit. Gehen Sie geradeaus. Nach 3 Schritten drehen Sie den Kopf nach rechts und gehen weiter geradeaus, während Sie nach rechts sehen. Nach 3 weiteren Schritten drehen Sie den Kopf nach links und gehen weiter geradeaus, während sie nach links sehen. Fahren Sie mit diesem Wechsel nach rechts und links alle 3 Schritte fort, bis Sie je 2 Wiederholungen in jede Richtung beendet haben.			
Normal Zeigt fließende Kopfdrehungen ohne Gangveränderung, weicht nicht mehr als 15,24 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung Zeigt fließende Kopfdrehungen mit geringer Änderung der Gehgeschwindigkeit (z. B. geringe Unterbrechung des flüssigen Gangbildes), weicht zwischen 15,24 cm und 25,4 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab oder nutzt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung Zeigt Kopfdrehungen mit moderater Änderung der Gehgeschwindigkeit, wird langsamer, weicht zwischen 25,4 cm und 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab, gleicht dies aber aus und kann weitergehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung Vollführt die Aufgabe mit schweren Gangunterbrechungen (z. B. weicht mehr als 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke, verliert die Balance, stoppt oder greift nach der Wand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gang mit vertikalen Kopfdrehungen	T0	T1	T2
Gehen Sie von hier bis zur nächsten Markierung (6 m). Beginnen Sie mit Ihrer normalen Geschwindigkeit. Gehen Sie geradeaus. Nach 3 Schritten heben Sie den Kopf nach oben und gehen weiter geradeaus, während Sie nach oben sehen. Nach 3 weiteren Schritten senken Sie den Kopf nach unten und gehen weiter geradeaus, während Sie nach unten sehen. Fahren Sie mit diesem Wechsel nach oben und unten alle 3 Schritte fort, bis Sie je 2 Wiederholungen in jede Richtung beendet haben.			
Normal Zeigt fließende Kopfdrehungen ohne Gangveränderung, weicht nicht mehr als 15,2 cm von der 30,5 cm breiten Strecke ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung Zeigt fließende Kopfdrehungen mit geringer Änderung der Gehgeschwindigkeit (z. B. geringe Unterbrechung des flüssigen Gangbildes), weicht zwischen 15,24 cm und 25,4 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab oder nutzt Hilfsmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung Zeigt fließende Kopfdrehungen mit moderater Änderung der Gehgeschwindigkeit, wird langsamer, weicht zwischen 25,4 cm und 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab, gleicht dies aber aus und kann weitergehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung Vollführt die Aufgabe mit schweren Gangunterbrechungen (z. B. weicht mehr als 38,1 cm von der 30,48 cm breiten Strecke ab, verliert die Balance, stoppt oder greift nach der Wand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gang und Drehung	T0	T1	T2
Beginnen Sie in Ihrer normalen Geschwindigkeit zu gehen. Wenn ich sage „Drehung und stopp“, drehen Sie so schnell Sie können in die entgegengesetzte Richtung und stoppen.			
Normal Dreht sicher innerhalb von 3 Sek. und stoppt schnell ohne Balanceverlust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung Dreht sicher in mehr als 3 Sek. und stoppt ohne Balanceverlust oder dreht sicher in 3 Sek. und stoppt mit leichtem Balanceverlust, benötigt kleine Schritte, um Balance wiederzuerlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung Dreht sich langsam, benötigt verbale Hinweise oder benötigt einige kleine Schritte, um die Balance nach dem Drehen und Stoppen wiederzuerlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung Kann sich nicht sicher drehen, benötigt Hilfe, um zu drehen und zu stoppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Übersteigen eines Hindernisses		T0	T1	T2
Beginnen Sie in ihrer normalen Geschwindigkeit zu gehen. Wenn Sie die Schuhkartons erreichen, steigen Sie über sie hinweg – nicht außen herum – und gehen weiter.				
Normal	Ist in der Lage, über 2 gestapelte und zusammengeklebte Schuhkartons zu steigen (23 cm totale Höhe), ohne die Gehgeschwindigkeit zu verändern, ohne Zeichen von Gleichgewichtsverlust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung	Ist in der Lage, über 1 Schuhkarton (11,5 cm totale Höhe) zu steigen, ohne die Gehgeschwindigkeit zu verändern, ohne Zeichen von Gleichgewichtsverlust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung	Ist in der Lage, über 1 Schuhkarton zu steigen, muss jedoch langsamer werden und die Schritte anpassen, um die Schachtel sicher zu überwinden, benötigt verbale Hinweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung	Kann dies ohne Hilfe nicht ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gang mit geschlossenen Augen		T0	T1	T2
Gehen Sie mit geschlossenen Augen von hier bis zur nächsten Marke (6 m).				
Normal	Geht 6 m, kein Hilfsmittel, mit guter Geschwindigkeit, ohne Zeichen von Gleichgewichtsverlust, normales Gangbild, weicht nach außen nicht mehr als 15,24 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab. Geht die 6 m in weniger als 7 Sek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung	Geht 6 m, nutzt Hilfsmittel, langsamere Geschwindigkeit, geringe Gangabweichungen, weicht nach außen 15,24 – 25,4 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab, geht 6 m in weniger als 9 Sek. und mehr als 7 Sek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung	Geht 6 m, langsame Geschwindigkeit, abnormales Gangbild, Zeichen von Gleichgewichtsverlust, weicht nach außen 25,4 – 38,1 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab, benötigt mehr als 9 Sek. für 6 m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung	Kann nicht ohne Hilfe 6 m gehen, schwere Gangabweichungen oder Imbalance, weicht nach außen mehr als 38,1 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab, oder versucht die Aufgabe erst gar nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rückwärtsgehen		T0	T1	T2
Gehen Sie rückwärts, bis ich „stopp“ sage.				
Normal	Geht 6 m, kein Hilfsmittel, bei guter Geschwindigkeit, ohne Zeichen von Gleichgewichtsverlust, mit gutem Gangbild, weicht nach außen nicht mehr als 15,24 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung	Geht 6 m, nutzt Hilfsmittel, bei geringerer Geschwindigkeit, leichte Gangabweichung, weicht nach außen 15,24 – 25,4 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung	Geht 6 m, langsame Geschwindigkeit, abnormales Gangbild, Zeichen von Gleichgewichtsverlust, weicht nach außen 25,4 – 38,1 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung	Kann nicht ohne Hilfe 6 m gehen, schwere Gangabweichung oder Gleichgewichtsverlust, weicht nach außen mehr als 38,1 cm von der 30,48 cm Streckenbreite ab oder versucht die Aufgabe erst gar nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Treppe		T0	T1	T2
Gehen Sie diese Treppen aufwärts, wie Sie es zu Hause tun würden (nutzen Sie das Geländer, wenn nötig), oben drehen Sie um und steigen hinunter.				
Normal	Wechselschritt, kein Geländer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Beeinträchtigung	Wechselschritt, muss Geländer nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßige Beeinträchtigung	Anstellschritt, muss Geländer nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Beeinträchtigung	Kann dies nicht sicher ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berg Balance. Test.

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

	4	3	2	1	0	T0	T1	T2
Aufstehen gelingt	<input type="checkbox"/> unabhängig	<input type="checkbox"/> mit Hand- unterstützung	<input type="checkbox"/> mehrmaliger Versuch	<input type="checkbox"/> geringe Hilfe	<input type="checkbox"/> mäßige bis maxi- male Unterstützung			
Freies Stehen	<input type="checkbox"/> 2 Min.	<input type="checkbox"/> 2 Min. mit Überwachung	<input type="checkbox"/> 30 Sek. ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/> mehrere Versuche für 30 Sek.	<input type="checkbox"/> nicht 30 Sek. Stehfähig			
Freies Sitzen	<input type="checkbox"/> 2 Min. sicher	<input type="checkbox"/> 2 Min. mit Überwa- chung	<input type="checkbox"/> 30 Sek.	<input type="checkbox"/> 10 Sek.	<input type="checkbox"/> kein selbstständiges Sitzen für 10 Sek.			
Hinsetzen gelingt	<input type="checkbox"/> sicher ohne Hände	<input type="checkbox"/> mit Händen	<input type="checkbox"/> lehnt sich mit den Beinen an	<input type="checkbox"/> unkontrolliertes absinken	<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe			
Transfer	<input type="checkbox"/> sicher, minimale Unterstützung der Hände	<input type="checkbox"/> sicher, nutzt die Hände	<input type="checkbox"/> benötigt die verbale und anweisende Unterstützung	<input type="checkbox"/> benötigt 1x Hilfe	<input type="checkbox"/> benötigt mehr- malige Hilfe			
Stehen mit geschlossenen Augen	<input type="checkbox"/> 10 Sek. sicher	<input type="checkbox"/> kann 10 Sek., benötigt aber Aufsicht	<input type="checkbox"/> kann 3 Sek.	<input type="checkbox"/> kann nicht 3 Sek. die Augen schliessen, steht aber sicher	<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe zum sicheren Stehen			
Stehen mit Fersenkontakt an den Füßen	<input type="checkbox"/> kann selbst- ständig die Füße zusammenstellen und 1 Min. sicher stehen	<input type="checkbox"/> kann selbst- ständig die Füße zusammenstellen und unter Aufsicht 1 Min. stehen	<input type="checkbox"/> kann die Füße selbstständig zusammenstellen und die Position 30 Sek. halten	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe, um die Position einzu- nehmen kann dann 15 Sek. stehen	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe, um die Position einzu- nehmen kann keine 15 Sek. stehen			
Im Stehen mit ausgestreckten Armen nach vor- ne lehnen	<input type="checkbox"/> > 25 cm	<input type="checkbox"/> > 12,5 cm	<input type="checkbox"/> > 5 cm	<input type="checkbox"/> reicht nach vorne benötigt aber Unter- stützung	<input type="checkbox"/> verliert das Gleich- gewicht /braucht externe Unterstüt- zung			
Aus dem Stand Gegenstand vom Boden aufheben	<input type="checkbox"/> funktioniert sicher	<input type="checkbox"/> funktioniert benötigt aber Aufsicht	<input type="checkbox"/> geht nicht scheitert 2-5cm davor	<input type="checkbox"/> kommt nicht runter, benötigt Aufsicht	<input type="checkbox"/> geht nicht			
Über die Schulter schauen	<input type="checkbox"/> geht ohne Ein- schränkung	<input type="checkbox"/> geht nur zu einer Seite	<input type="checkbox"/> Kann nur zur Seite drehen behält aber das Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> benötigt Aufsicht beim Umdrehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich			
360° Drehung im Stand	<input type="checkbox"/> geht in < 4 Sek.	<input type="checkbox"/> nur in eine Richtung < 4 Sek.	<input type="checkbox"/> nur in eine Richtung > 4 Sek.	<input type="checkbox"/> geht aber nur unter Aufsicht mit verba- ler Unterstützung	<input type="checkbox"/> geht nicht			
Alternierend Stufe neh- men / Stepper	<input type="checkbox"/> 8 Schritte < 20 Sek.	<input type="checkbox"/> 8 Schritte > 20 Sek.	<input type="checkbox"/> 4 Schritte mit Auf- sicht	<input type="checkbox"/> 2 – 4 Schritte, mind. 1x unterschützt	<input type="checkbox"/> nicht möglich			
Doppelseitiger Stand	<input type="checkbox"/> ruhiger, beidseitiger Stand 30 Sek.	<input type="checkbox"/> versetzter Stand 30 Sek.	<input type="checkbox"/> Stand mit kleinen Schritten 30 Sek.	<input type="checkbox"/> Stehen mit Hilfe 15 Sek.	<input type="checkbox"/> unmöglich zu Stehen			
Einbeiniger Stand	<input type="checkbox"/> 10 Sek	<input type="checkbox"/> 5 – 10 Sek.	<input type="checkbox"/> 3 – 5 Sek.	<input type="checkbox"/> < 3 Sek. bleibt aber Stehen	<input type="checkbox"/> nicht möglich			
Gesamt								

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

T0 = Zum Zeitpunkt der 1. Erhebung
T1 = Vergleich nach / bei erster Testphase
T2 = Vergleich mit definitivem Hilfsmittel

Muskelstatus.

Muskelkrafteinteilung nach Janda

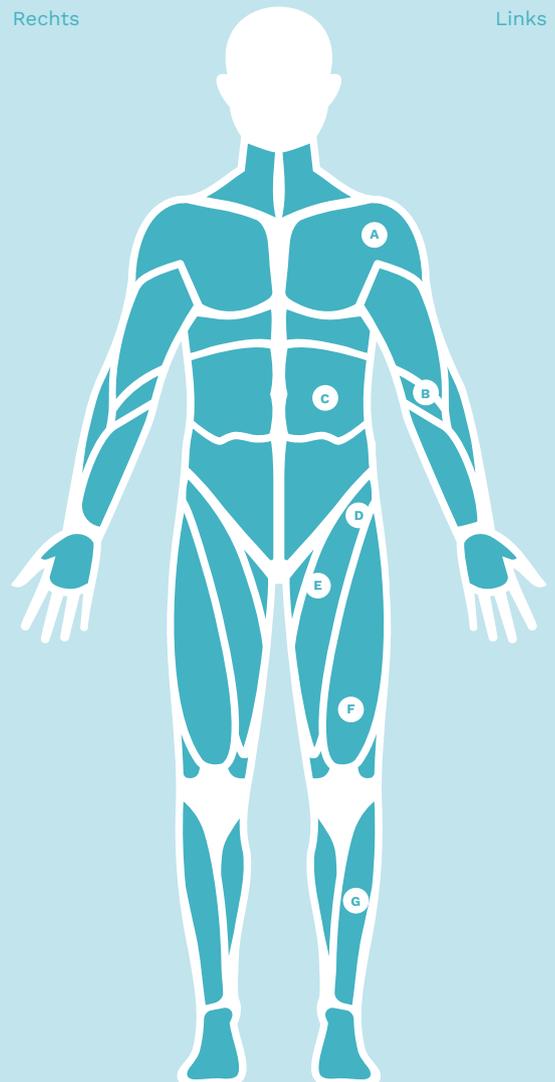
- 0 Keine sichtbare und /oder fühlbare Muskelkontraktion
 - 1 Sichtbare und /oder fühlbare Kontraktion ohne motorischen Effekt
 - 2 Ausgeprägte Muskelspannung, Bewegung möglich*
 - 3 Bewegung gegen die Schwerkraft möglich
 - 4 Bewegung gegen leichten oder mittleren Widerstand möglich
 - 5 Bewegung mit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

Muskelstatus Frontal – Links	T0	T1	T2
A Schulter Innenrotation			
B Ellenbogen Flexion			
C Oberkörperaufrichtung ventrale Muskulatur			
D Hüftabduktion			
E Hüftflexion			
F Knieextension			
G Dorsalflexion			

Muskelstatus Frontal – Rechts	T0	T1	T2
A Schulter Innenrotation			
B Ellenbogen Flexion			
C Oberkörperaufrichtung ventrale Muskulatur			
D Hüftabduktion			
E Hüftflexion			
F Knieextension			
G Dorsalflexion			

Rechts

Links



Muskelstatus.

Muskelkrafteinteilung nach Janda

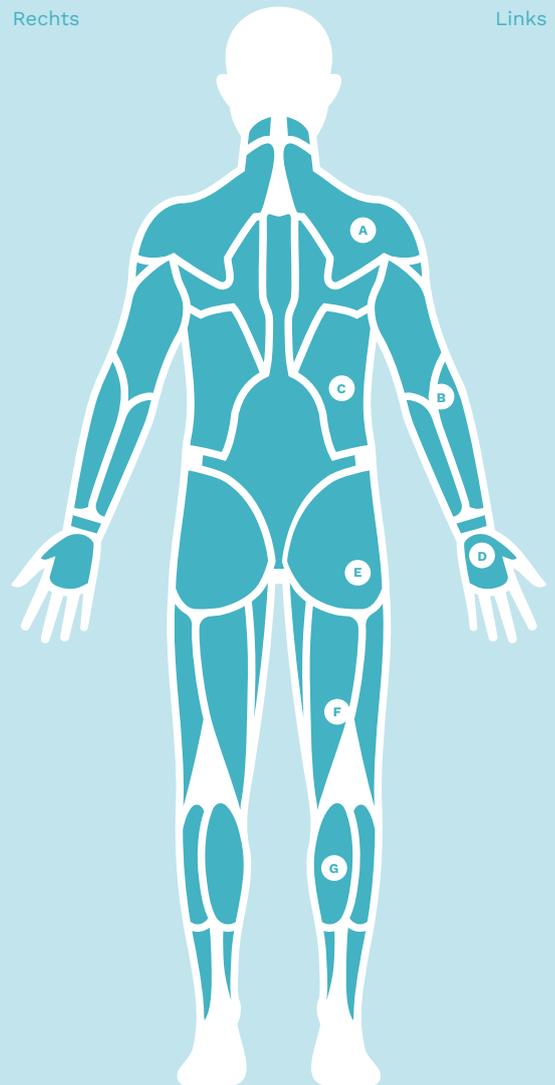
- 0 Keine sichtbare und /oder fühlbare Muskelkontraktion
 - 1 Sichtbare und /oder fühlbare Kontraktion ohne motorischen Effekt
 - 2 Ausgeprägte Muskelspannung, Bewegung möglich*
 - 3 Bewegung gegen die Schwerkraft möglich
 - 4 Bewegung gegen leichten oder mittleren Widerstand möglich
 - 5 Bewegung mit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

Muskelstatus Dorsal – Links	T0	T1	T2
A Schulter Abduktion			
B Ellenbogen Extension			
C Oberkörperaufrichtung dorsale Muskulatur			
D Handgelenk / Hand Funktion			
E Hüftextension			
F Knieflexion			
G Plantarflexion			

Muskelstatus Dorsal – Rechts	T0	T1	T2
A Schulter Abduktion			
B Ellenbogen Extension			
C Oberkörperaufrichtung dorsale Muskulatur			
D Handgelenk / Hand Funktion			
E Hüftextension			
F Knieflexion			
G Plantarflexion			

Rechts

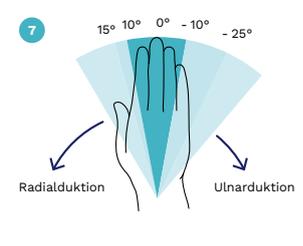
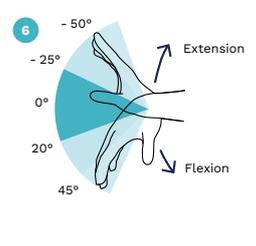
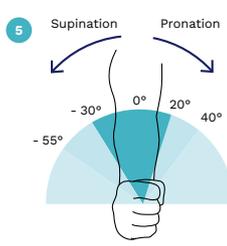
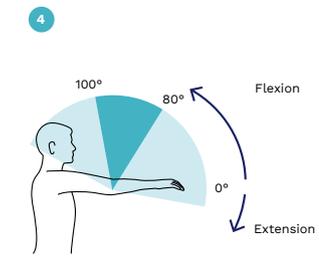
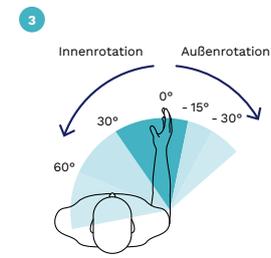
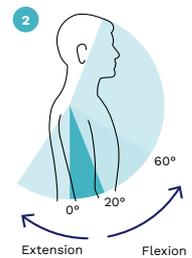
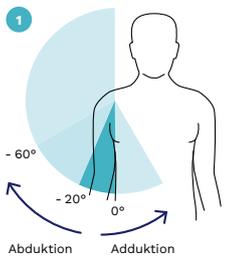
Links



Gelenkbeweglichkeit.

Hinweis: Nur für relevante Bereiche ausfüllen!

Passiv durch Untersucher	Links			Rechts			
1 Schulter Ab- / Adduktion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	0° – -20°	-20° – -60°	< -60°	0° – -20°	-20° – -60°	< -60°	
2 Schulter Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	0° – 20°	20° – 60°	> 60°	0° – 20°	20° – 60°	> 60°	
3 Ellenbogen Innen- / Außenrotation	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	60° – 30°	30° – -15°	-15° – -30°	60° – 30°	30° – -15°	-15° – -30°	
4 Ellenbogen Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	0° – 80°	80° – 100°		0° – 80°	80° – 100°		
5 Handgelenk Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	-55° – -30°	-30° – -20°	20° – 40°	-55° – -30°	-30° – -20°	20° – 40°	
6 Handgelenk Radialduktion / Ulnarduktion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	45° – 20°	20° – -25°	-25° – -50°	45° – 20°	20° – -25°	-25° – -50°	
7 Handgelenk Supination / Pronation	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	15° – 10°	10° – -10°	-10° – -25°	15° – 10°	10° – -10°	-10° – -25°	



Gelenkbeweglichkeit.

Hinweis: Nur für relevante Bereiche ausfüllen!

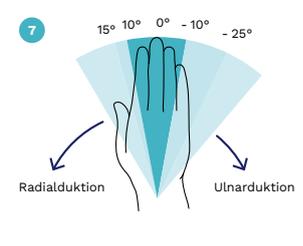
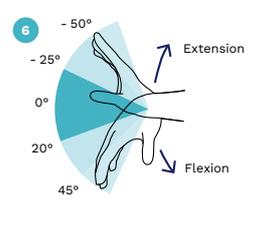
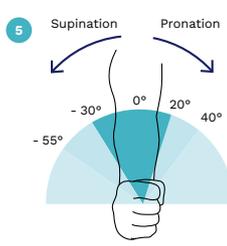
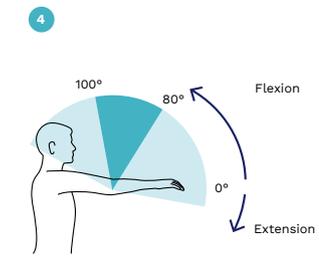
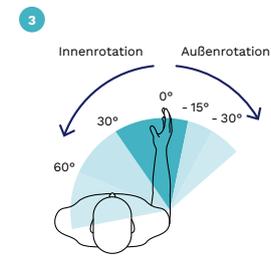
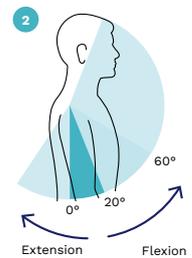
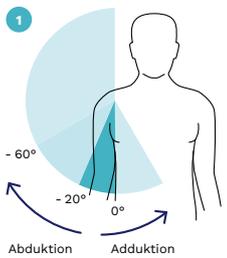
Passiv durch Untersucher	Links			Rechts			
Hüfte Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	10°–15°	0°	130°	10°–15°	0°	130°	
Hüfte Ab- / Adduktion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	30°–45°	0°	20°–30°	30°–45°	0°	20°–30°	
Hüfte Außen- / Innenrotation	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	40°–50°	0°	30°–45°	40°–50°	0°	30°–45°	
Knie Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	5°–10°	0°	120°–150°	5°–10°	0°	120°–150°	
OSG Plantarflexion / Dorsalextension	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	40°–50°	0°	20°–30°	40°–50°	0°	20°–30°	
Fuß Pronation / Supination	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur

Aktiv mit Muskelkraft	Links			Rechts			
Hüfte Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	10°–15°	0°	130°	10°–15°	0°	130°	
Hüfte Ab- / Adduktion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	30°–45°	0°	20°–30°	30°–45°	0°	20°–30°	
Hüfte Außen- / Innenrotation	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	40°–50°	0°	30°–45°	40°–50°	0°	30°–45°	
Knie Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	5°–10°	0°	120°–150°	5°–10°	0°	120°–150°	
OSG Plantarflexion / Dorsalextension	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	40°–50°	0°	20°–30°	40°–50°	0°	20°–30°	
Fuß Pronation / Supination	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur

Gelenkbeweglichkeit.

Hinweis: Nur für relevante Bereiche ausfüllen!

Aktiv mit Muskelkraft	Links			Rechts			
1 Schulter Ab- / Adduktion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	0° – -20°	-20° – -60°	< -60°	0° – -20°	-20° – -60°	< -60°	
2 Schulter Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	0° – 20°	20° – 60°	> 60°	0° – 20°	20° – 60°	> 60°	
3 Ellenbogen Innen- / Außenrotation	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	60° – 30°	30° – -15°	-15° – -30°	60° – 30°	30° – -15°	-15° – -30°	
4 Ellenbogen Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	0° – 80°	80° – 100°		0° – 80°	80° – 100°		
5 Handgelenk Extension / Flexion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	-55° – -30°	-30° – -20°	20° – 40°	-55° – -30°	-30° – -20°	20° – 40°	
6 Handgelenk Radialduktion / Ulnarduktion	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	45° – 20°	20° – -25°	-25° – -50°	45° – 20°	20° – -25°	-25° – -50°	
7 Handgelenk Supination / Pronation	o	o	o	o	o	o	<input type="checkbox"/> Kontraktur
	15° – 10°	10° – -10°	-10° – -25°	15° – 10°	10° – -10°	-10° – -25°	



Analyse. Statisch und dynamisch.

Bei Patienten die vorwiegend in den unteren Extremitäten betroffen sind spielt die Beurteilung des möglichen Stehens und Gehens eine Rolle für die Wahl des richtigen Hilfsmittels. Deswegen sollte diese Patienten mit Hilfe des LASAR Postures statisch vermessen werden aber auch eine Ganganalytische Betrachtung vollzogen werden. Das geht mit den unterschiedlichsten Werkzeugen, rein optische Kontrolle aber auch transportable und feste Ganganalyseysteme können hier zum Einsatz kommen, wie z.B: das Bionic Pro.

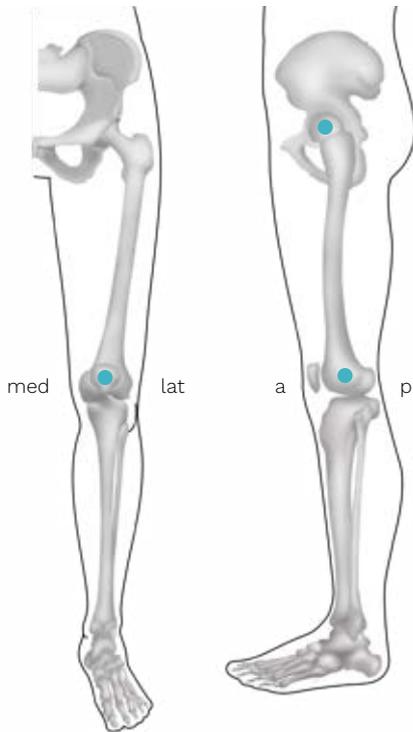
Statikanalyse / L.A.S.A.R. Posture

Asymmetrien	ohne Hilfsmittel	mit Hilfsmittel
Schulterhöhe		
Achselhöhe		
Beckenkammhöhe		
Höhe der queren Gesäßfalte		
Höhe der Kniekehle		
Lotlinie		
Lot in C7		
Lot Rima Ani		

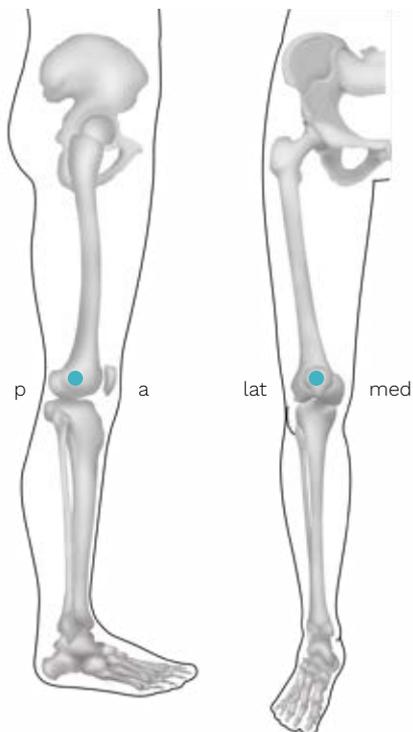
Asymmetrien werden anhand von Höhendifferenzen zwischen linker und rechter Seite beschrieben. Beispiel: Schulterhöhe re -12 mm. Dies bedeutet, dass die rechte Schulter 12 mm tiefer liegt als die linke.

Der Verlauf der Lotlinie wird in Bezug auf das C7 bzw. Rima Ani angegeben. Beispiel: Lot in C7 li 10 mm. Dies bedeutet, dass das Lot in C7 um 10 mm nach links abweicht.

Analyse. Statisch und dynamisch.



Lastlinie links	ohne Hilfsmittel	mit Hilfsmittel
Hüfte sagittal		
Knie sagittal		
Knöchel sagittal		
Knie frontal		
Knöchel frontal		
Gewicht links	kg	kg
Kniestellung	<input type="checkbox"/> Varus	<input type="checkbox"/> Valgus
		<input type="checkbox"/> Genu Recurvatum



Lastlinie rechts	ohne Hilfsmittel	mit Hilfsmittel
Hüfte sagittal		
Knie sagittal		
Knöchel sagittal		
Knie frontal		
Knöchel frontal		
Gewicht links	kg	kg
Kniestellung	<input type="checkbox"/> Varus	<input type="checkbox"/> Valgus
		<input type="checkbox"/> Genu Recurvatum

Der Verlauf der Lastlinie in der Sagittalebene wird in Bezug auf den jeweiligen Drehpunkt angegeben. Ein „a“ kennzeichnet den Verlauf anterior des Drehpunktes und ein „p“ den Verlauf posterior des Drehpunktes. In der Frontalebene steht „med“ für medial und „lat“ für lateral. Beispiel: Hüfte sagittal a 10 mm. Dies bedeutet, dass die Lastlinie 10 mm anterior des Hüft-drehpunktes verläuft.

Sensorgestützte / Visuelle Ganganalyse.

- Analyse ohne Videoaufzeichnung durchgeführt
- Analyse mit Videoaufzeichnung durchgeführt
- Video im Anhang

Relevante Beobachtungen

Arme: _____

Rumpf: _____

Hüfte: _____

Knie: _____

Fuß: _____

Bemerkungen: _____

Evtl. Auffälligkeiten der kontralateralen Seite, wenn nur einseitig betroffen. Zu beachten sind hierbei z.B. Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Haut, Volumen, Gelenkbefund und Muskelstatus.

Fuß: _____

OSG: _____

Unterschenkel: _____

Knie: _____

Oberschenkel: _____

Hüfte: _____

Bemerkungen: _____

Hilfsmittel. Empfehlung.

Der untersuchte Patient sollte mit folgenden Hilfsmitteln versorgt werden

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FO / Einlagen | <input type="checkbox"/> Schuhzurichtungen |
| <input type="checkbox"/> AFO | <input type="checkbox"/> KO |
| <input type="checkbox"/> KAFO | <input type="checkbox"/> SCO |
| <input type="checkbox"/> SSCO / C-Brace®* | <input type="checkbox"/> HKAFO |
| <input type="checkbox"/> SEHWO | <input type="checkbox"/> EHWO |
| <input type="checkbox"/> HWO | <input type="checkbox"/> FES* |
| <input type="checkbox"/> Neuromodulation | <input type="checkbox"/> Exopulse Suit* |
| <input type="checkbox"/> Interimsorthese* | <input type="checkbox"/> Leichtgewichtsrollstuhl* |
| <input type="checkbox"/> Aktivrollstuhl* | <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl* |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Anforderungen: | |

Bemerkungen und Anforderung vom Patienten

Beschreibung des Hilfsmittels

Vorgefertigte Orthese
Welche Orthesen: _____

Maßanfertigung
Welcher Typ? _____

Funktionen: _____

Welche, warum? _____

Rollstuhlversorgung
Welcher Typ? _____

Ausgefülltes Bestellblatt liegt bei.

*Bitte füllen Sie das entsprechende Bestellblatt aus und legen es dem Anamnesebogen bei.

Zusätzliche Funktionen und Bauteile:

Welche, warum?

Testversorgungen mit Hilfsmitteln

Testung mit Hilfsmittel erfolgt? Nein Ja

Wenn ja, mit welchem?

AFO FES C-Brace® Exopulse Suit

Wann? _____

Wo? _____

Wer hat den Test durchgeführt?

Wie lange? _____

Abgabe am _____

Rückgabe am _____

Von der Krankenkasse verlangt und übernommen?

Nein Ja

Hilfsmittel. Abgabe.

Funktionsprüfung und Einweisung am Patienten

Datum _____

Uhrzeit (von bis) _____

Ort _____

Wie wurde die Funktionsprüfung und Einweisung
vorgenommen?

Wer hat die Funktionsprüfung und Einweisung
vorgenommen?

Hiermit bestätige ich die Funktionsprüfung und Einweisung

Unterschrift

- Nachweis / Verifizierung der Funktionstauglichkeit
durch den Vergleich der vorangegangenen Tests
mit der endgültigen Versorgung

Durchführung der Tests mit neuem Hilfsmittel im Vergleich zu 1. und 2. Erhebung

- Four Square Step Test
 Timed Up and Go Test
 10 Meter Gehstest
 6 Min. Gehstest / Shuttle-Walk-Test
 Funktionelle Ganganalyse (FGA)
 Berg Balance Test

Hinweis: Wenn möglich bitte die Tests in Verbindung
mit Ganganalyse-Messinstrument, wie Bionic Pro und
Testteppich, durchführen.

