Teil A – Patient

Einleitung

Wir bitten Sie folgenden Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus zu füllen. Sollten sich Fragen ergeben, nehmen Sie gerne Kontakt zu uns aufnehmen. Bitte selbstgewählten ID Schlüssel eintragen.

Angaben zur Person

P1

☐Erstvorsteller ☐Wiedervorsteller

ID Schlüssel _____

BMAB__ __ __ __ __ _____

Geburtsdatum:_____/_____
Monat / Jahr

P2

Versorgungsrelevante Nebenerkrankungen

Sind bei Ihnen der folgenden Erkrankungen bekannt?

P3

Herz/ Kreislauferkrankung (z.B. Bluthochdruck)	☐nein ☐ja → spezifisch:
Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)	☐nein ☐ja → spezifisch:
Arthrose	☐nein ☐ja → spezifisch:
Endoprothesen (z.B. künstliches Hüftgelenk)	☐nein ☐ja → spezifisch:
Eingeschränkte Wahrnehmung	☐nein ☐ja → spezifisch:
Sonstiges:	

Angaben zu Therapie und Versorgung

P4

Sind Sie derzeit in physiotherapeutischer Behandlung? ☐nein ☐ja→ Was wird gemacht?

☐Kräftigung/Dehnen ☐Gehschule ☐Lymphdrainage ☐Sonstiges:

P5

Hatten Sie bereits eine prothetische Versorgung?

☐nein ☐ja→ bitte farbig markierte Fragen zusätzlich beantworten → seit: Monat/Jahr: /

P6

Ist im Rahmen der prothetischen Versorgung eine Gehschule erfolgt? ☐nein ☐ja →

Monat/Jahr: /

P7

Verwenden Sie **derzeit** eine Prothese? ☐ja ☐eingeschränkt ☐nein, gar nicht →warum?

Problem: Problem besteht seit Monat/Jahr /

Angaben zur Mobilität, Lebensraum

Umfeld und Mobilität

P8

Welche Verkehrsmittel nutzen Sie **derzeit**?

☐PKW Selbstfahrer ☐ich werde gefahren (Taxi, Familie) ☐öffentliche Verkehrsmittel

☐Mofa/ Motorrad ☐Fahrrad ☐Sonstige:

P9

Benutzen Sie **derzeit** zur Fortbewegung zusätzliche Hilfsmittel?

☐nein ☐ja → Bitte geben Sie an in welchen Situationen:

☐Gehstock → _____ ☐links, ☐rechts, ☐beidseitig

☐Unterarmgehstütze → _____ ☐links, ☐rechts, ☐beidseitig

☐Rollator → _____

☐Rollstuhl → _____

☐Sonstige → _____

P10

Tragen Sie weitere orthopädische Hilfsmittel? ☐ nein ☐ ja →

spezifisch: _____

P11

Wie viele Treppenstufen müssen sie täglich überwinden? _____Stufen
(Wohnung/Arbeit/etc. pro Etage ca. 12 Stufen)

Besteht die Möglichkeit alternativ einen Aufzug zu nutzen? ☐ nein ☐ ja

P12

Bitte versuchen Sie zu schätzen:

Mit meiner Prothese kann ich **derzeit** am Stück _____Meter ohne Pause gehen.

Mit meiner Prothese kann ich **derzeit** am Stück _____Minuten ohne Pause gehen.

Insgesamt trage ich meine Prothese **derzeit** _____Stunden pro Tag

P13

Gehen Sie **derzeit** mehrmals wöchentlich auf unebenem Gelände ☐ nein ☐ ja

Gehen Sie **derzeit** mehrmals wöchentlich auf Schrägen und Rampen? ☐ nein ☐ ja

P14

Sind Sie innerhalb der letzen 4 Wochen mir Ihrer Prothese gestolpert? ☐ nein ☐ ja →

wie oft? in welcher Situation?_____

P15

Sind Sie innerhalb der letzen 4 Wochen mir Ihrer Prothese gestürzt? ☐ nein ☐ ja →

wie oft? in welcher Situation?_____

Versorgungsrelevante Begleitumstände

P16 Können Sie Ihren Haushalt uneingeschränkt führen? ☐ ja ☐ nein →

P17 Bekommen Sie zusätzliche Unterstützung durch Angehörige oder z.B. Pflegedienst ☐ nein ☐ ja →

Wobei bekommen Sie Hilfe? ☐ Besorgungen ☐ Hausarbeit ☐ Kochen ☐ Körperpflege

☐ Sonstiges _____

Wie häufig? ☐ gelegentlich ☐ wöchentlich ☐ mehrmals wöchentlich ☐ täglich

P18 Sind Sie pflegebedürftig? ☐ nein ☐ ja → Pflegestufe:

P19 Leben Sie alleine? ☐ ja ☐ nein →

Müssen Sie in Ihrem Haushalt Kinder unter 16 Jahren versorgen? ☐ nein ☐ ja

Müssen Sie in Ihrem Haushalt Pflegebedürftige versorgen? ☐ nein ☐ ja

Aktivitäten

P20 Welche Aktivitäten üben Sie wie häufig aus?

	nie	gelegentlich	wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	keine Angaben
Einkaufen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Putzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gartenarbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinderbetreuung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Radfahren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spaziergänge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*Sport	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*Sonstiges (z.B. Hobby)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Sport = _____ *Sonstiges/Hobby etc. = _____

P21 Sind Sie derzeit berufstätig/ Azubi/ Schüler/ Student?

☐ nein → ☐ Rentner ☐ Frührentner ☐ Krankschreibung ☐ Sonstiges

☐ ja → ausgeübter Beruf/Ausbildung: _____

Welche körperlichen Anforderungen beinhaltet Ihre Tätigkeit?

Tätigkeit ist vorwiegend: ☐ stehend ☐ gehend ☐ sitzend ☐ sitzend im Kfz

☐ Tragen von Lasten, Heben ☐ Sonstiges:

LCI

Locomotor Capability Index/Index zur Funktionalität mit Prothese

Bitte ausfüllen wenn Sie derzeit eine Prothese tragen

Würden Sie sagen, dass Sie **heute** in der Lage sind, die folgenden Aktivitäten **MIT IHRER PROTHESE** auszuüben? Bitte kreuzen Sie das Feld an, welches Ihre Fähigkeit am besten beschreibt.

Aktivität mit Prothese	Nein	Ja, wenn mir jemand hilft	Ja, wenn jemand in meiner Nähe ist	Ja, alleine, mit Gehhilfen	Ja, alleine, ohne Gehhilfen
von einem Stuhl aufstehen	☐	☐	☐	☐	☐
im Haus Gehen	☐	☐	☐	☐	☐
draußen auf ebenen Gelände gehen	☐	☐	☐	☐	☐
Stufen herauf gehen mit Handlauf	☐	☐	☐	☐	☐
Stufen herunter gehen mit Handlauf	☐	☐	☐	☐	☐
einen Bordstein rauf steigen	☐	☐	☐	☐	☐
einen Bordstein runter steigen	☐	☐	☐	☐	☐
P22 **BAS**					
einen Gegenstand vom Boden aufheben	☐	☐	☐	☐	☐
vom Boden aufstehen (z. B. nach einem Sturz)	☐	☐	☐	☐	☐
draußen auf unebenem Gelände gehen (z. B. Gras, Schotter)	☐	☐	☐	☐	☐
draußen bei schlechtem Wetter gehen (z. B. Schnee, Regen, Eis)	☐	☐	☐	☐	☐
ein paar Stufen ohne Handlauf rauf gehen	☐	☐	☐	☐	☐
ein paar Stufen ohne Handlauf runter gehen	☐	☐	☐	☐	☐
Gehen und dabei etwas in den Händen tragen	☐	☐	☐	☐	☐
P23 **AAS**					
P24 **TS**					
die Prothese an und ausziehen	☐	☐	☐	☐	☐
Einbeinstand auf der erhaltenen Seite	☐	☐	☐	☐	☐
alternierend treppab gehen mit Handlauf	☐	☐	☐	☐	☐
ins Auto ein- und aussteigen	☐	☐	☐	☐	☐
P25 **HDS**					

primär verwendete Gehhilfe:_____ ☐rechts, ☐links, ☐beidseits

Abschließende Einschätzung

P26 Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

- ☐ Ich bewege mich Zuhause mit geringer Gehdauer und geringer Gehstrecke auf ebenem Untergrund.
- ☐ Ich kann kleine Unebenheiten wie Bordsteine und einzelne Treppenstufen überwinden.
- ☐ Ich kann mich auch Draußen mit unterschiedlichen Gehgeschwindigkeiten länger fortbewegen, Hindernisse überwinden und bin insgesamt wenig eingeschränkt.
- ☐ Ich habe neben dem normalen Gehen im Alltag besondere Anforderrungen z. B. für sportliche Aktivitäten an die Prothese.

P27 Wie **sicher** fühlen Sie sich mit Ihrer derzeitigen Prothese?
auf einer Skala von 1 bis 10 (0= absolut unsicher, 10= absolut sicher) Bemerkung:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

P28 Wie **zufrieden** sind Sie mit der derzeitigen Prothese?
auf einer Skala von 1 bis 10 (0= absolut unzufrieden, 10= absolut zufrieden) Bemerkung:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

P29 Wie **zufrieden** sind Sie mit Ihrer derzeitigen Schaftpassform/ Tragekomfort?
auf einer Skale von 1 bis 10 (0= absolut unzufrieden, 10= perfekt) Bemerkung:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

P30 In welchen Situationen wünschen Sie sich eine Verbesserung?)

- ☐ auf ebenem Untergrund
- ☐ auf unebenem Grund
- ☐ auf Treppen
- ☐ auf Schrägen
- ☐ mit dem Auto
- ☐ mit dem Fahrrad

Sonstiges:

P31 Welche Zielvorstellung haben Sie? Bitte beschreiben Sie:

heutiges Datum: _____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!