



GEHSCHULE-HAMBURG

PHYSIOTHERAPIE

ALLGEMEINER FRAGEBOGEN

DATUM: _____

NAME, VORNAME: _____

GEB.DATUM: _____

ADRESSE: _____

TELEFON/HANDY: _____

E-MAIL: _____

ÜBERWEISENDER ARZT: _____

KRANKENKASSE: _____

BEFREIT VON DER ZUZAHLUNG? Ja Nein Privatpatient

SANITÄTSHAUS: _____

ORTHOPÄDIETECHNIKER: _____

AKTUELLE VERSORGUNG: _____

AMPUTATION:

URSACHE: _____

DATUM: _____

LOKALISATION: Seite _____ Höhe _____

MOBILITÄT IN DEN 12 MONATEN VOR
AMPUTATION: _____

HILFSMITTEL: _____

REHA NACH AMPUTATION? Ja Nein

GEHSCHULE NACH AMPUTATION? Ja Nein

BESTEHEN STUMPFSCHMERZEN?

Ja

Nein

BESCHREIBUNG:

BESTEHEN
PHANTOMSCHMERZEN?

Ja

Nein

BESCHREIBUNG:

BESTEHEN PHANTOMGEFÜHLE?

Ja

Nein

BESCHREIBUNG:

BESTEHEN
VOLUMENSCHWANKUNGEN?

Ja

Nein

BESCHREIBUNG:

BESTEHEN NEBENERKRANKUNGEN/
SONSTIGE AMPUTATIONEN?

Ja

Nein

BESCHREIBUNG:

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG
 MEDIKAMENTE?

Ja

Nein

GEGEN:

HÄUSLICHES, SOZIALES UND BERUFLICHES UMFELD:

BERUF:

SIND SIE AKTUELL BERUFSTÄTIG?

Ja

Nein

IST EINE WIEDERAUFNAHME
GEPLANT?

Ja

Nein

LEBEN SIE ALLEINE?

Ja

Nein

MÜSSEN SIE TÄGLICH TREPPEN
BEWÄLTIGEN?

Ja

Nein

WIEVIELE:

GESCHÄTZTE GEHSTRECKE PRO TAG:

WO:

vermehrt im Innenbereich

vermehrte im Außenbereich

ausgeglichen

VERSORGEN SIE ANDERE PERSONEN
ODER HAUSTIERE MIT?

Ja

Nein

HOBBIES/HAUSTIER

FÜHREN SIE DIESE AKTUELL AUS?

Ja

Nein

HATTEN SIE NACH DER AMPUTATION
KONTAKT ZU EINER
SELBSTHILFEGRUPPE/PEERS ODER EIN
PSYCHOLOGISCHES ERSTGESPRÄCH?

Ja

Nein

KÖNNEN SIE DIE PROTHESE SELBST-
STÄNDIG AN- UND AUSZIEHEN?

Ja

Nein

WIE:

stehend

sitzend

liegend

TÄGLICHE TRAGEDAUER DER PROTHESE:

AKTUELLER HILFSMITTELEINSATZ:

KÖNNEN SIE SICHER FOLGENDE SITUATIONEN BEWÄLTIGEN (GGF. MIT HILFSMITTELN):

	JA/NEIN		HILFSMITTEL	NOTIZEN
GEHEN AUF EBENEM BODEN	Ja	Nein		
GEHEN UNEBENER BODEN (Z.B WIESE)	Ja	Nein		
GEHEN HÜGELIGER BODEN	Ja	Nein		
TREPPE HOCH UND RUNTER	Ja	Nein		
SCHRÄGE HOCH UND RUNTER	Ja	Nein		
ROLLTREPPE FAHREN	Ja	Nein		
AUTO	Ja	Nein		
FAHRRAD	Ja	Nein		
ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL	Ja	Nein		
AUF DEN BODEN UND WIEDER AUFSTEHEN	Ja	Nein		
RÜCKWÄRTS	Ja	Nein		

WELCHE AUFGABEN IM PRIVATEN ODER BERUFLICHEN ALLTAG KÖNNEN SIE AKTUELL MIT DER PROTHESE NICHT SICHER BEWÄLTIGEN?

SONSTIGES:

WAS STELLEN SIE SICH VOR/WELCHE ERWARTUNGEN HABEN SIE AN DIE GEHSCHULTRAINING?

WAS IST IHR ZIEL?

WARUM MÖCHTEN SIE DIESE VERÄNDERUNG (Z.B. GEHSCHULTRAINING) VORNEHMEN? WELCHE VORTEILE HÄTTEN SIE DAVON?

WAS KÖNNTEN SIE TUN, UM DABEI ERFOLG ZU HABEN?

WAS SIND FÜR SIE DIE 3 WICHTIGSTEN GRÜNDE DAS ZU TUN?

WIE WICHTIG IST ES IHNEN DIESE VERÄNDERUNG VORZUNEHMEN?

WIE SIND SIE AUF DIE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN? _____