

Profilerhebungsbogen Teil A – Patient

Als begleitende Dokumentation zu Ihrem Termin, bitten wir Sie folgenden Fragenbogen gewissenhaft und vollständig aus zu füllen. Sollten sich Fragen ergeben sprechen Sie uns bitte an.

Angaben zur Person

P1	<i>Adressaufkleber</i> Vorname, Name: _____ Geburtsdatum: _____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers ID: _____ Telefonnummer: _____
P2	verordnender Arzt: (Name, Anschrift)	Facharzt f.:

Versorgungsrelevante Erkrankungen/ Einschränkungen

P3	Herz/ Kreislaufkrankungen (z. B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Arthrose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	neurologische Erkrankungen (z. B. Parkinson, Lähmung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Eingeschränkte Wahrnehmung (z. B. Sehen, Sensibilität)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Eingeschränkte Handfunktion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Endoprothese (z. B. künstliches Hüftgelenk)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____
	Medikamente/ Sonstiges:		

Angaben zu Therapie und Versorgung

P4	Sind Sie derzeit in physiotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → was wird gemacht?
	<input type="checkbox"/> Kräftigung/Dehnen <input type="checkbox"/> Gehschule <input type="checkbox"/> Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
P5	Hatten Sie bereits eine prothetische Versorgung?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → bitte farbig markierte Fragen zusätzlich beantworten	seit: Monat/Jahr: /
P6	Ist im Rahmen der prothetischen Versorgung eine Reha-Maßnahme erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	Ort:	Monat/Jahr: /
P7	Ist im Rahmen der prothetischen Versorgung eine Gehschule erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	Ort:	Monat/Jahr: /
P8	Verwenden Sie derzeit eine Prothese? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingeschränkt → <input type="checkbox"/> nein, gar nicht → warum?	
	Probleme:	Probleme bestehen seit: Monat/Jahr: /

Profilerhebungsbogen Teil A – Patient

Lebensraum

P9	<p>Welche Verkehrsmittel nutzen Sie derzeit?</p> <p> <input type="checkbox"/> PKW Selbstfahrer <input type="checkbox"/> ich werde gefahren (Taxi, Familie) <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Mofa/Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad Sonstiges: _____ </p>												
P10	<p>Benutzen Sie derzeit zur Fortbewegung zusätzliche Hilfsmittel?</p> <p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Bitte geben Sie an in welcher Situation: Innen-/ Außenbereich, mit/ ohne Prothese, immer, gelegentlich, auf welcher Seite: links/ rechts/ beidseits </p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; text-align: left;">Hilfsmittel</th> <th style="text-align: left;">Beschreibung der Situation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Gehstock</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rollator</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sonstige:</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Hilfsmittel	Beschreibung der Situation	<input type="checkbox"/> Gehstock	_____	<input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze	_____	<input type="checkbox"/> Rollator	_____	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	_____	<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____
Hilfsmittel	Beschreibung der Situation												
<input type="checkbox"/> Gehstock	_____												
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze	_____												
<input type="checkbox"/> Rollator	_____												
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	_____												
<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____												
P11	<p>Tragen Sie weitere orthopädische Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →</p> <p>spezifisch: _____</p>												
P12	<p>Wie viele Treppenstufen müssen Sie täglich überwinden? (Wohnung/ Arbeit /etc. pro Etage ca.12 Stufen) _____Stufen</p> <p>Besteht die Möglichkeit alternativ einen Aufzug zu nutzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>												
P13	<p>Bitte versuchen Sie zu schätzen:</p> <p>Mit meiner Prothese kann ich derzeit am Stück _____ Meter ohne Pause gehen.</p> <p>Mit meiner Prothese kann ich derzeit am Stück _____ Minuten ohne Pause gehen.</p> <p>Insgesamt trage ich meine Prothese derzeit _____ Stunden pro Tag.</p>												
P14	<p>Gehen Sie derzeit mehrmals wöchentlich auf unebenem Gelände? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Gehen Sie derzeit mehrmals wöchentlich auf Schrägen und Rampen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>												
P15	<p>Sind Sie innerhalb der letzten 4 Wochen mit Ihrer Prothese gestolpert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →</p> <p>Wie oft? _____ In welcher Situation? _____</p>												
P16	<p>Sind Sie innerhalb der letzten 4 Wochen mit Ihrer Prothese gestürzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →</p> <p>Wie oft? _____ In welcher Situation? _____</p>												

Profilerhebungsbogen Teil A – Patient

Versorgungsrelevante Begleitumstände

P17	Benötigen Sie Unterstützung im Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →
P18	Bekommen Sie Unterstützung im Haushalt durch Angehörige oder z. B. Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →
	Wobei bekommen Sie Hilfe?	<input type="checkbox"/> Besorgungen	<input type="checkbox"/> Hausarbeit
		<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Körperpflege
	Wie häufig?	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich
		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich
		<input type="checkbox"/> täglich	
P19	Sind Sie pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →
			Pflegegrad vorhanden?: _____
P20	Leben Sie alleine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein →
	Müssen Sie in Ihrem Haushalt Kinder unter 16 Jahren versorgen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Müssen Sie in Ihrem Haushalt Pflegebedürftige versorgen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Aktivitäten

P21	Welche Aktivitäten üben Sie wie häufig aus?					
		nie	gelegentlich	wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich
	Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tragen von Lasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spaziergänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
**Sonstiges (z. B. Hobby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	*Sportart: _____					**Sonstiges/Hobby etc.: _____
P22	Sind Sie derzeit	<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> Schüler:in	<input type="checkbox"/> Azubi	<input type="checkbox"/> Student:in	?
	<input type="checkbox"/> ja →	ausgeübter Beruf/ etc.: _____				
	<input type="checkbox"/> nein →	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
P23	Welche körperlichen Anforderungen stellt Ihre Alltagstätigkeit?					
	Tätigkeit ist vorwiegend:	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> gehend	<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> sitzend im Kfz	
		<input type="checkbox"/> Tragen/Heben von Lasten		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Profilerhebungsbogen Teil A – Patient

Fähigkeit zur Mobilität und Aktivität - PLUS-M¹



Name: _____

Datum: _____

Anleitung: Bitte antworten Sie auf alle Fragen so, als ob Sie die Beinprothese(n) tragen, die Sie die meiste Zeit verwenden. Wenn Sie normalerweise einen Gehstock, eine Unterarm-Gehstütze, oder ein Gehgestell bzw. einen Gehwagen benutzen, um die Aufgabe zu bewältigen, beantworten Sie bitte die Frage so, als ob Sie das entsprechende Hilfsmittel verwenden.

Bitte wählen Sie die Option "Nicht dazu in der Lage", wenn Sie:

- Hilfe von einer anderen Person benötigen, um die Aufgabe zu bewältigen,
- einen Rollstuhl oder Scooter benötigen um die Aufgabe zu bewältigen, **oder**
- das Gefühl haben, dass es für Sie zu unsicher ist, diese Aufgabe auszuführen.

Bitte markieren Sie eine Antwort pro Zeile

Frage	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage
1. Sind Sie in der Lage, in Ihrem Zuhause eine kurze Strecke zu Fuß zurückzulegen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
2. Sind Sie in der Lage, Bordsteine hinauf und herab zu steigen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
3. Sind Sie in der Lage, über einen Parkplatz zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
4. Sind Sie in der Lage, über Kies- oder Rollsplitt- Oberflächen zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
5. Sind Sie in der Lage, einen Stuhl von einem Raum zum anderen zu transportieren?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
6. Sind Sie in der Lage, zu gehen während Sie einen Einkaufskorb in der Hand tragen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
7. Sind Sie in der Lage weiterzugehen, wenn Sie angerepelt werden?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
8. Sind Sie in der Lage, auf einer unbeleuchteten Straße oder einem unbeleuchteten Bürgersteig zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
9. Sind Sie in der Lage, mit Anderen Schritt zu halten, wenn Sie gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
10. Sind Sie in der Lage, über einen rutschigen Fußboden zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
11. Sind Sie in der Lage, eine steile Schotter-Auffahrt hinunter zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
12. Sind Sie in der Lage, etwa 3 Kilometer auf unebenen Wegen und durch hügeliges Gelände zu wandern?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)

P24

www.plus-m.org

PLUS-MTM 12-Fragen Kurzformular (v1.2)

Zusätzliche Fragen

Frage	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage
1. Sind Sie in der Lage die Prothese selbstständig an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
2. Sind Sie in der Lage einbeinig auf der erhaltenen Seite zu stehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
Primär verwendete Gehhilfe:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig				

P25

¹PLUS-MTM: Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-MTM) 12-Fragen Kurzformular (v1.2 - Deutsch). <https://plus-m.org/>. Aufgerufen am 01.12.2020.

Profilerhebungsbogen Teil A – Patient

Abschließende Einschätzung

	Bitte kreuzen Sie zutreffend an:	
P26	<input type="checkbox"/>	Ich bewege mich Zuhause mit geringer Gehdauer und geringer Gehstrecke auf ebenem Untergrund.
	<input type="checkbox"/>	Ich kann kleine Unebenheiten wie Bordsteine und einzelne Treppenstufen überwinden.
	<input type="checkbox"/>	Ich kann mich auch Draußen mit unterschiedlichen Gehgeschwindigkeiten länger fortbewegen, Hindernisse überwinden und bin insgesamt wenig eingeschränkt.
	<input type="checkbox"/>	Ich habe neben dem normalen Gehen im Alltag besondere Anforderungen z. B. für sportliche Aktivitäten an die Prothese.
P27	Wie sicher fühlen Sie sich mit Ihrer derzeitigen Prothese? auf einer Skala von 0 bis 10 (0= absolut unsicher, 10= absolut sicher)	Bemerkung:
	<input type="checkbox"/>	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
P28	Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Prothese? auf einer Skala von 0 bis 10 (0= absolut unzufrieden, 10= absolut zufrieden)	Bemerkung:
	<input type="checkbox"/>	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
P39 ²	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Schaftpassform/Tragekomfort? auf einer Skala von 0 bis 10 (0= absolut unzufrieden, 10= perfekt)	Bemerkung:
	<input type="checkbox"/>	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
P30	In welchen Situationen wünschen Sie sich eine Verbesserung?	
	<input type="checkbox"/> auf ebenem Untergrund <input type="checkbox"/> auf Treppen <input type="checkbox"/> mit dem Auto <input type="checkbox"/> auf unebenem Grund <input type="checkbox"/> auf Schrägen <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	
	Sonstiges:	
P31	Welche Zielvorstellungen haben Sie? Bitte beschreiben Sie:	

heutiges Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

²Hanspal, R.S., K. Fisher, and R. Nieveen, Prosthetic socket fit comfort score. Disabil Rehabil, 2003. 25(22): p. 1278-80.