

interco®

Aktivline!

Erhebungsbogen

AKTIVLINE®

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT,MM,JJ)

Geschlecht

 männlich weiblich

Körpergröße

 cm

Körpergewicht

 kg

Schule / Beruf

Hobby / Sport

Datum der ersten Erprobung

Datum der zweiten Erprobung

Diagnose

Tägliche Sitzdauer < 1 Stunde 1 - 3 Stunden 3 - 5 Stunden 5 - 8 Stunden > 8 Stundenohne Unterbrechnung:

 Stunden**Tägliche Liegedauer** < 1 Stunde 1 - 3 Stunden 3 - 5 Stunden 5 - 8 Stunden > 8 Stundenohne Unterbrechnung:

 Stunden**Tägliche Stehdauer** < 1 Stunde 1 - 3 Stunden 3 - 5 Stunden 5 - 8 Stunden > 8 Stundenohne Unterbrechnung:

 Stunden**Schmerzsymptome***

 psychisches und körperliches Unbehagen**Druckstellen***

Neurovegetative Dysfunktion

Ausscheidung / Verdauung Inkontinenz Obstipation**Pharmaka** Muskelrelaxanzien Antiepileptika Baclofenpumpe Botulin Toxin*:

 Andere*:

Wichtige Chirurgie Selektive dorsale Rhizotomie**Skoliose** stark mittelstark leicht korrigierbar rechtskonvex linkskonvex Hyperkyphose (Typ) stark mittelstark leicht korrigierbar Hyperlordose (Typ) stark mittelstark leicht korrigierbar Beckenschiefstand* stark mittelstark leicht korrigierbar Hüftluxation (Typ) rechts links Hüftsubluxation (Typ) rechts links

Beweglichkeit

	re	li	re	li	re	li
Hüftgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fest
Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fest
Fußgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fest
Schultergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fest
Bemerkungen	_____					

Hüftgelenk (n. neutral Messung)	Kniegelenk	Fußgelenk																																																																										
<p>Abd./Add.</p> <table border="1"> <tr> <td>rechts</td> <td>links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Flex/Ext.</p> <table border="1"> <tr> <td>mit Knieextension</td> <td>mit Knieextension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mit Knieflexion</td> <td>mit Knieflexion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>IR/AR</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	rechts	links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Knieextension	mit Knieextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Knieflexion	mit Knieflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Flex/Ext.</p> <table border="1"> <tr> <td>rechts</td> <td>links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mit Hüftextension</td> <td>mit Hüftextension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mit Hüftflexion</td> <td>mit Hüftflexion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Deformitäten:</p>	rechts	links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Hüftextension	mit Hüftextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Hüftflexion	mit Hüftflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>PF/DE</p> <table border="1"> <tr> <td>rechts</td> <td>links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mit Knieextension</td> <td>mit Knieextension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mit Knieflexion</td> <td>mit Knieflexion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Deformitäten:</p>	rechts	links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Knieextension	mit Knieextension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Knieflexion	mit Knieflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechts	links																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
mit Knieextension	mit Knieextension																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
mit Knieflexion	mit Knieflexion																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
rechts	links																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
mit Hüftextension	mit Hüftextension																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
mit Hüftflexion	mit Hüftflexion																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
rechts	links																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
mit Knieextension	mit Knieextension																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
mit Knieflexion	mit Knieflexion																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											

Verlauf von Deformitäten ist rasch langsam

Beinlängendifferenz (re./li.) OS _____ cm US _____ cm

Bei **aktiver** Bewegung fühlt sich der Patient wohl gleichgültig schlecht
 Bei **passiver** Bewegung fühlt sich der Patient wohl gleichgültig schlecht

Bewegungsmuster*

<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> asymmetrisch	<input type="checkbox"/> in Extension
<input type="checkbox"/> in Flexion	<input type="checkbox"/> spastisch	<input type="checkbox"/> dyskinetisch
<input type="checkbox"/> chaotisch	<input type="checkbox"/> mit Rumpftorsion	
<input type="checkbox"/> Anders: _____		

Betroffene Körperteile* Alle _____

(1 = leicht 2 = stark 3 = sehr stark)	<input type="checkbox"/> Kopf _____	re	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	_____	re	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm	_____
	<input type="checkbox"/> Rumpf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuß	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie	_____
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Auslöser (Trigger)*

<input type="checkbox"/> Aufregung	<input type="checkbox"/> Starke Reize*	<input type="checkbox"/> Lageveränderung
<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Essen / Trinken
<input type="checkbox"/> Handfunktion	<input type="checkbox"/> Willkürliche Bewegung des Körpers	
<input type="checkbox"/> aktive Kontrolle des Kopfes <input type="checkbox"/> Andere: _____		

Ist eine der folgenden Versorgung vorhanden? Korsettversorgung* Orthesenversorgung*

Haut leicht verletzbar schlecht durchblutet allergische Reaktionen
 sehr empfindlich wenig empfindlich keine Empfindlichkeit

Ernährung selbstständig mit Hilfe mit Fixierung
 mit Nasensonde mit PEG Speichelfluss
 Reflux _____

Schlucken gut schwierig
 gewöhnliche Position beim Essen: _____

Atmung gut eingeschränkt schlecht
 Atemwegsenerkrankheiten Zwerchfellstimulator Atemgerät
 Sekretionssaugpumpe _____ _____

Kommunikation nicht möglich über Hilfsmittel non verbal verbal

Kognitive Fähigkeiten hoch mittel gering

Kopfkontrolle gut mittel gering fehlt ganz
Handmotorik gut mittel gering fehlt ganz
Koordination Auge/Hand gut mittel gering fehlt ganz

Sehen gut eingeschränkt blind Hilfsmittel: _____

Hören gut eingeschränkt gehörlos Hilfsmittel: _____

Umweltsteuerung selbstständig
 delegiert
 Hilfsmittel: _____

Therapien Physiotherapie Beschäftigungstherapie Logopädie

Bisherige Versorgung Aktivrollstuhl Standardsitzschale Buggy/Reha-Wagen

E-Rollstuhl Sitzschale Keine

Zufriedenheit sehr zufrieden es geht so unzufrieden

Grund _____

Dauer bisheriger Versorgung von _____ bis _____

Beschreibung Haltungssystem sehr zufrieden es geht so unzufrieden

Ausstattung für häusl. Bereich Kindergarten Schule
 Außenbereich Arbeitsplatz Transport

Fixierung

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rumpf | <input type="checkbox"/> Becken | <input type="checkbox"/> Arme |
| <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Füße |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Kopfstütze

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muschel | <input type="checkbox"/> Halbrolle | <input type="checkbox"/> mit occipitoparietaler Stütze |
| <input type="checkbox"/> mit Flügeln | <input type="checkbox"/> seitl. positioniert | <input type="checkbox"/> dynamisch |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Rückenlehne

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> nach Abdruck | <input type="checkbox"/> mit anatomischer Rumpfführung |
| <input type="checkbox"/> sinkbar | <input type="checkbox"/> seitliche Pelotten | <input type="checkbox"/> mit Tisch |

Sitz

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Sonderkissen | <input type="checkbox"/> anat. geformt |
| <input type="checkbox"/> nach Abdruck | <input type="checkbox"/> Abduktionskeil | <input type="checkbox"/> Sitzbeineinbettung |
| <input type="checkbox"/> Add.-Führung | <input type="checkbox"/> _____ | |

Fußbank

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> durchgehend | <input type="checkbox"/> getrennt |
| <input type="checkbox"/> einstellbar | <input type="checkbox"/> Sonderbau | <input type="checkbox"/> Fußführung |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Untergestell

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Strassen-UG | <input type="checkbox"/> Zimmer-UG | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Hilfselektromotor | |

Steuerung

Transfer

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> mit 1-2 Personen | <input type="checkbox"/> Lifter |
|--|------------------------------------|---|---------------------------------|

Bei Erprobung einer AKTIVLINE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erprobung mit Demo-AKTIVLINE Nr.: _____ | <input type="checkbox"/> mit Vorschuböl Druckbremse |
|--|---|

Federung der Schale

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hart | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> weich |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Federung Fußbanksystem

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hart | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> weich |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Bewegungsanfang in AKTIVLINE

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> langsam | <input type="checkbox"/> schnell |
|----------------------------------|----------------------------------|

Bewegungsende in AKTIVLINE

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> langsam | <input type="checkbox"/> schnell |
|----------------------------------|----------------------------------|

Bewegungsform

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> symmetrisch | <input type="checkbox"/> asymmetrisch |
|--------------------------------------|---------------------------------------|

Streckenhäufigkeit

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> eher selten | <input type="checkbox"/> häufiger | Dauer: _____ Sek. |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|

Lokalisation

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alle | <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Arm |
| <input type="checkbox"/> Rumpf | <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Fuß |

Bewegungsradius

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> minimal | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> bis zum Anschlag |
|----------------------------------|---------------------------------|---|

Akzeptanz der AKTIVLINE während der Erprobung

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> unklar |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Dauer der ersten Erprobung

- | | |
|-------|---|
| _____ | <input type="checkbox"/> zweite Erprobung angedacht |
|-------|---|

Resultat der Erprobung / Beratung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Konzipieren einer rigiden Sitzschale | <input type="checkbox"/> Konzipieren einer dynamischen Sitzschale |
| <input type="checkbox"/> Konzipieren als Erstversorgung | <input type="checkbox"/> Konzipieren als Zweitversorgung |
| <input type="checkbox"/> Konzipieren einer entwicklungsbed. Änderung | <input type="checkbox"/> mit Elektrorollstuhl kombiniert |

regelmäßige Verwendung in:

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Schule/Beruf | <input type="checkbox"/> Heim | <input type="checkbox"/> zu Hause |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Treppensteighilfen und/oder Schiebehilfen sind erforderlich

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Transportmöglichkeit ist erforderlich |
|--|

besondere Umfeldbedingungen sind zu beachten:

Versorgungsziel mit neuer Versorgung gemäß Angebot:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prävention von Immobilitätsschaden | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenkenbeweglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Beseitigung von Schmerzen | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Darmfunktion |
| <input type="checkbox"/> Beseitigung von Dekubitus | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Handfunktion |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Haltungskontrolle (Kopf, Rumpf, Becken) | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Psychomotorik |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Atmungsfunktion | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |
| | _____ |

Begründung:

Mitwirkende bei der Erprobung und Beratung:

Arzt/Ärztin	_____	Datum/Unterschrift	_____
Therapeut/-in	_____	Datum/Unterschrift	_____
Betreuer/-in	_____	Datum/Unterschrift	_____
Eltern	_____	Datum/Unterschrift	_____
Medizinprodukteberater/-in	_____	Datum/Unterschrift	_____

Dokumentation der Erprobung vorhanden über Video Digitalfotos

Einverständniserklärung

Mit einer detaillierten Dokumentation dieser Erprobung über Video und/oder Digitalfotos bin ich / sind wir einverstanden.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten