

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"/>			<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	_____

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass die angegebenen Daten meines Kindes zum ausschließlichen Zweck der Kostenübernahme an den Kostenträger übermittelt werden. Außerdem bestätige ich die Richtigkeit oben stehender Angaben.

Medizinprodukteberater/-in _____ Datum/Unterschrift _____

Einwilligungserklärung (freiwillige Angabe)

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Videos von meinem Kind zum ausschließlichen Zweck der schnelleren Abwicklung der Kostenübernahme durch den Kostenträger angefertigt und an diesen übermittelt werden. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung unter info@interco-reha.de zu widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie von unserem Mitarbeiter in einem Informationsschreiben.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten