

Name: \_\_\_\_\_  
 Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

Vom Studienteam auszufüllen:  
 REB#: \_\_\_\_\_ Studien ID: \_\_\_\_\_  
 Ersterhebung  Verlauf nach \_\_\_\_\_

**GOAL™ – Gait Outcomes Assessment List**  
 Elternfragebogen - zur Einschätzung des Gehens und der Mobilität Ihres Kindes

- Wir wollen erfahren wie ihr Kind geht und wie es mobil ist.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen indem Sie die Zahl einkreisen, die am besten passt.
- Am Ende des Fragebogens haben Sie die Möglichkeit weitere, Ihnen wichtige Ziele zu ergänzen.

**Zum Beispiel:**

A) Aktivitäten des täglichen Lebens & Selbstständigkeit								Grad der Hilfestellung				Wichtiges Therapieziel?		
Überlegen Sie, wie ihr Kind <u>üblicherweise</u> jede der folgenden Aktivitäten durchführt:								VOLLSTÄNDIG	MÄßIG	MINIMAL / MIT AUFSICHT	UNABHÄNGIG	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
1) Bewerten Sie, wie <b>einfach oder schwer</b> es ihrem Kind fiel, diese Aktivitäten <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> durchzuführen <b>UND</b> 2) Wählen Sie aus, wie viel <b>Hilfestellung</b> Ihr Kind benötigte, diese Aktivitäten durchzuführen <b>UND</b> 3) Geben Sie an, <b>wie wichtig Ihnen das Ziel</b> ist, dass Ihr Kind in jeder der folgenden Aktivität besser wird.														
Während der letzten vier <u>Woche</u>	Extrem schwierig/ nicht möglich	Sehr schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem							
1. In und aus dem Bett steigen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

Im oben genannten Beispiel wurde „In und aus dem Bett steigen“ als **sehr einfach** eingeschätzt; benötigte **mäßig viel Hilfestellung** und eine Verbesserung in dieser Aktivität war ein **sehr wichtiges** Ziel.

A) Aktivitäten des täglichen Lebens & Selbstständigkeit								Grad der Hilfestellung				Wichtiges Therapieziel?		
Überlegen Sie, wie ihr Kind <u>üblicherweise</u> jede der folgenden Aktivitäten durchführt: 1) Bewerten Sie, wie <b>einfach oder schwer</b> es ihrem Kind fiel, diese Aktivitäten <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> durchzuführen <b>UND</b> 2) Wählen Sie aus, wie viel <b>Hilfestellung</b> Ihr Kind benötigte, diese Aktivitäten durchzuführen <b>UND</b> 3) Geben Sie an, <b>wie wichtig Ihnen das Ziel</b> ist, dass Ihr Kind in jeder der folgenden Aktivität besser wird.								VOLLSTÄNDIG	MÄßIG	MINIMAL / MIT AUFSICHT	UNABHÄNGIG	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
Während der letzten vier Wochen:	Extrem schwierig /nicht möglich	Sehr schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem							
1. In und aus dem Bett steigen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
2. Sich auf einen Stuhl (oder Rollstuhl) hinsetzen und wieder aufstehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
3. An einem Waschbecken oder an einer Anrichte stehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
4. Sich waschen oder baden (z.B. in Dusche oder Badewanne)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
5. Sich ankleiden	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
6. Beim Gehen einen Gegenstand tragen (z.B. Spielzeug, Buch, Handy)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
7. Eine Tür öffnen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
8. Einen Gegenstand vom Boden aufheben	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
9. In ein Fahrzeug ein- und aussteigen (Auto, Kleintransporter, Bus)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
A1. Andere Aktivität:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

B) Gehen & Mobilität								Notwendige Gehhilfe					Wichtiges Therapieziel?									
<p>Überlegen sie, wie ihr Kind <b>üblicherweise</b> die folgenden Aktivitäten durchführt:</p> <p>1) Bewerten Sie, wie <b>einfach oder schwer</b> es ihrem Kind fiel, diese Aktivitäten in den <b>vergangenen 4 Wochen</b> durchzuführen <b>UND</b></p> <p>2) Wählen Sie aus, welche Gehhilfe ihr Kind benötigte, um diese Aktivitäten durchzuführen <b>UND</b></p> <p>3) Geben Sie an, <b>wie wichtig Ihnen das Ziel ist</b>, dass ihr Kind in diesen Aktivitäten besser wird.</p>																						
Während der <u>letzten vier</u> <u>Woche</u>	Extrem schwierig /nicht möglich	Sehr schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem	Rollstuhl	Gehwagen	2 Unterarmgehstützen oder Gehstöcke	1 Unterarmgehstütze o. Gehstock/an der Hand/Geländer/Wand	Geht frei	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig							
11. Mehr als 250 Meter gehen (ca. 2 Häuserblöcke oder 2 Fußballfelder)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
11. In der Schule fortbewegen (im Gebäude)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
12. Zu Hause fortbewegen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
13. Länger als 15 Minuten gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
14. Schneller gehen als gewöhnlich (z.B. um mit anderen Schritt zu halten)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
15. Hindernisse umgehen o. Schritt zur Seite machen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
16. Treppen hoch und runter gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
17. Steigungen hinauf und hinunter gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
18. Gehen auf unebenem Untergrund (hart, steinig, sandig)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							
19. Gehen auf rutschigem Untergrund (nass oder vereist)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2							

<b>C) Schmerz, Beschwerden &amp; Müdigkeit</b>							<b>Intensität</b>				<b>Wichtiges Therapieziel?</b>		
Denken Sie über die folgenden Punkte nach: <b>1) Bewerten Sie wie oft Ihr Kind in den letzten 4 Wochen Schmerzen oder Beschwerden hatte oder müde war UND</b> <b>2) Wählen sie aus, wie stark die Schmerzen oder Beschwerden waren UND</b> <b>3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist Schmerzen oder Beschwerden oder Müdigkeit bei den folgenden Unterpunkten zu reduzieren.</b>													
							<b>Sehr stark</b>	<b>Mäßig stark</b>	<b>Leicht</b>	<b>Keine Schmerzen</b>	<b>Kein Ziel</b>	<b>Eher wichtig</b>	<b>Sehr wichtig</b>
<b>Während der letzten vier Woche</b>	<b>Jeden Tag</b>	<b>Sehr häufig (beinahe jeden Tag)</b>	<b>Eher häufig (2-3 mal pro Woche)</b>	<b>Gelegentlich (einmal pro Woche)</b>	<b>Ein oder zweimal</b>	<b>Nie</b>							
<b>20. Schmerzen oder Beschwerden in den Füßen oder Sprunggelenken</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>21. Schmerzen oder Beschwerden in den Unterschenkeln (z.B. Wade o. Schienbein)</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>22. Schmerzen oder Beschwerden in den Knien</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>23. Schmerzen oder Beschwerden in den Oberschenkeln oder Hüften</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>24. Schmerzen oder Beschwerden im Rücken</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>25. Ermüdung beim Laufen</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>26. Ermüdung bei anderen körperlichen Betätigungen, die er/sie normalerweise gerne mag (z.B. Schwimmen, rennen, Reiten oder andere Sportarten)</b>	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
<b>C1. Andere Schmerzen:</b> _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2

D) Körperliche Aktivitäten, Sport & Freizeit									Wichtiges Therapieziel?		
Überlegen sie, wie ihr Kind <b>üblicherweise</b> jede der folgenden Aktivitäten durchführt: 1) Bewerten sie wie <b>einfach oder schwer</b> es ihrem Kind normalerweise fiel <b>im vergangenen Jahr</b> diese Aktivitäten auszuüben <b>UND</b> 2) Geben sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist, dass ihr Kind in dieser Aktivität besser wird.									Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
Während des <u>letzten</u> Jahres:	Extrem schwierig/ nicht möglich	Sehr Schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem	Mein Kind konnte diese Aktivität <u>im vergangenen Jahr</u> nicht ausführen			
27. Rennen	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
28. Teilnahme an „Gleit“-Sportarten (z.B. Schlittschuhlaufen, Inlineskates fahren, Ski-fahren, Skate-/Snowboarden)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
29. Fahrrad o. Dreirad fahren (mit oder ohne Stützräder)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
30. Schwimmen	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
31. Teilnahme an Sportarten, die Rennen erfordern (z.B. Fußball, Baseball, Leichtathletik)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
32. Teilnahme an Sportarten, die Springen erfordern (z.B. Basketball, Volleyball)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
33. Teilnahme an Aktivitäten, bei denen Balance wichtig ist (z.B. Tanzen, Gymnastik o. Kampfsport)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
34. Klettern (z.B. Leiter oder auf Spielplatzgerät)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
Andere Freizeit- oder Sportaktivitäten:	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2

E) Gangbild & Aussehen								Wichtiges Therapieziel?		
Überlegen sie, wie ihr Kind <b>üblicherweise</b> geht: 1) Bewerten Sie, <b>wie viele Schwierigkeiten</b> Ihr Kind in den <b>letzten 4 Wochen</b> bei den folgenden Aktivitäten hatte <b>UND</b> 2) Geben sie an, <b>wie wichtig Ihnen das Ziel</b> ist, dass ihr Kind in jeder der folgenden Aktivitäten besser wird.								Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
Während der <u>letzten vier Woche</u>	Extrem schwierig/ nicht möglich	Sehr Schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem			
35. Gehen mit flach auf den Boden aufgesetzten Füßen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
36. „Größer“ oder aufrechter Gehen (mit weniger gebeugtem Oberkörper oder gebeugten Knien)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
37. Gehen mit nach vorne zeigenden Füßen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
38. Gehen, ohne mit den Füßen zu schlurfen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
39. Gehen ohne zu stolpern und hinzufallen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
40. Schuhe seiner/ihrer Wahl tragen (z.B. Schuhe, Stiefel, Sandalen)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
E1. Andere Aspekte des Gangbilds Ihres Kindes: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2

F) Gebrauch von Schienen und Hilfsmitteln						Wichtiges Therapieziel?				
Denken Sie über jeden der folgenden Punkte nach:						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
1) Bewerten Sie, wie <b>Ihr Kind sich vergangenen 4 Wochen</b> fühlte, wenn es die nachfolgenden Hilfsmittel zu nutzte; <b>UND</b> 2) Geben sie an <b>wie wichtig Ihnen das Ziel</b> ist, den Gebrauch dieser Dinge zu reduzieren oder sie weg zu lassen.										
Während der <u>letzten vier Wochen:</u>	Sehr unglücklich	Unglücklich	Weder glücklich noch unglücklich	Glücklich	Sehr glücklich					
41. Schienen oder Orthesen tragen (z.B. Sprunggelenk-orthesen)	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	Meinem Kind wurden keine Schienen und Hilfsmittel verordnet.
									<input type="checkbox"/>	Mein Kind entschied sich die ihm verordneten Schienen und Hilfsmittel nicht zu tragen.
42. Gehhilfen nutzen (z.B. Gehwagen, Stöcke, Gehstützen)	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	Mein Kind benutzt keine Gehhilfen.
43. Einen Rollstuhl benutzen	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	Mein Kind benutzt keinen Rollstuhl.

G) Körperbild und Selbstwertgefühl						Wichtiges Therapieziel?				
Denken Sie über jeden der folgenden Punkte nach:						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
1) Bewerten Sie, <b>wie sich Ihr Kind</b> bezogen auf die nachfolgenden Punkte <b>fühlt UND</b> 2) Geben Sie an <b>wie wichtig das Ziel</b> für Sie ist, dass sich Ihr Kind in den folgenden Punkten verbessert.										
Während der <u>letzten vier Wochen:</u>	Sehr unglücklich	Unglücklich	Weder glücklich noch unglücklich	Glücklich	Sehr glücklich					
44. Die Form und Stellung seiner/ihrer Beine	0	1	2	3	4	0	1	2		
45. Die Form und Stellung seiner/ihrer Füße	0	1	2	3	4	0	1	2		
46. Die Symmetrie seiner/ihrer Beine (in Länge und Umfang)	0	1	2	3	4	0	1	2		
47. Wie er/sie sich fortbewegt im Vergleich zu Anderen	0	1	2	3	4	0	1	2		
48. Die Art wie Andere darüber Denken wie er/sie sich fortbewegt	0	1	2	3	4	0	1	2		
49. Wie er/sie von anderen behandelt wird	0	1	2	3	4	0	1	2		

Andere Ziele	Wichtiges Therapieziel?		
Sollten andere Ziele (auf lange oder kurze Sicht) bestehen, die wir ausgelassen haben, führen sie diese bitte nachfolgend auf <b>UND</b> Geben Sie an <b>wie wichtig das Ziel</b> für Sie ist, dass sich Ihr Kind darin verbessert.	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
<b>Andere Ziele:</b>			
1.	0	1	2
2.	0	1	2
3.	0	1	2
4.	0	1	2
5.	0	1	2
<b>Kommentare und Vorschläge:</b>			



**Zum Schluss möchten wir Sie bitten uns noch kurz die folgenden, allgemeinen Fragen zu ihrem Kind zu beantworten:**

1. Welche Schulform besucht ihr Kind:

- Gymnasium
- Realschule
- Mittelschule
- Förderschule, mit Schwerpunkt \_\_\_\_\_
- Klassenstufe \_\_\_\_ .

2. Leidet ihr Kind unter einer Epilepsie:

- Nein
- Ja

3. Liegt bzw. liegen bei Ihrem Kind neben der neurologischen Gesundheitsstörung andere chronische Erkrankung/en vor?

- Nein
- Ja, die folgende/n: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank!**