

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: 1) Bewerten Sie, wie einfach oder schwer es ihrem Kind fiel, diese Aktivitäten in den vergangenen 4 Wochen durchzuführen UND 2) Wählen Sie aus, wie viel Hilfestellung Ihr Kind benötigte, diese Aktivitäten durchzuführen UND 3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel 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 <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 üblicherweise jede der folgenden Aktivitäten durchführt: 1) Bewerten Sie, wie einfach oder schwer es ihrem Kind fiel, diese Aktivitäten in den vergangenen 4 Wochen durchzuführen UND 2) Wählen Sie aus, wie viel Hilfestellung Ihr Kind benötigte, diese Aktivitäten durchzuführen UND 3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel 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 üblicherweise die folgenden Aktivitäten durchführt:</p> <p>1) Bewerten Sie, wie einfach oder schwer es ihrem Kind fiel, diese Aktivitäten in den vergangenen 4 Wochen durchzuführen UND</p> <p>2) Wählen Sie aus, welche Gehhilfe ihr Kind benötigte, um diese Aktivitäten durchzuführen UND</p> <p>3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist, dass ihr Kind in diesen Aktivitäten besser wird.</p>								Rollstuhl	Gehwagen	2 Unterarmgehstützen oder Gehstöcke	1 Unterarmgehstütze o. Gehstock/an der Hand/Geländer/Wand	Geht frei	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
Während der <u>letzten vier</u> <u>Woche</u>	Extrem schwierig /nicht möglich	Sehr schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem								
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

C) Schmerz, Beschwerden & Müdigkeit							Intensität				Wichtiges Therapieziel?		
Denken Sie über die folgenden Punkte nach: 1) Bewerten Sie wie oft Ihr Kind in den letzten 4 Wochen Schmerzen oder Beschwerden hatte oder müde war UND 2) Wählen sie aus, wie stark die Schmerzen oder Beschwerden waren UND 3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist Schmerzen oder Beschwerden oder Müdigkeit bei den folgenden Unterpunkten zu reduzieren.							Sehr stark	Mäßig stark	Leicht	Keine Schmerzen	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
20. Schmerzen oder Beschwerden in den Füßen oder Sprunggelenken	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
21. Schmerzen oder Beschwerden in den Unterschenkeln (z.B. Wade o. Schienbein)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
22. Schmerzen oder Beschwerden in den Knien	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
23. Schmerzen oder Beschwerden in den Oberschenkeln oder Hüften	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
24. Schmerzen oder Beschwerden im Rücken	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
25. Ermüdung beim Laufen	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
26. Ermüdung bei anderen körperlichen Betätigungen, die er/sie normalerweise gerne mag (z.B. Schwimmen, rennen, Reiten oder andere Sportarten)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
C1. Andere Schmerzen: _____	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 üblicherweise jede der folgenden Aktivitäten durchführt:									Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
1) Bewerten sie wie einfach oder schwer es ihrem Kind normalerweise fiel im vergangenen Jahr diese Aktivitäten auszuüben UND 2) Geben sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist, dass ihr Kind in dieser Aktivität besser wird.											
Während des <u>letzten Jahres:</u>	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	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
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 üblicherweise geht: 1) Bewerten Sie, wie viele Schwierigkeiten Ihr Kind in den letzten 4 Wochen bei den folgenden Aktivitäten hatte UND 2) Geben sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel 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: 1) Bewerten Sie, wie Ihr Kind sich vergangenen 4 Wochen fühlte, wenn des die nachfolgenden Hilfsmittel zu nutzte; UND 2) Geben sie an wie wichtig Ihnen das Ziel ist, den Gebrauch dieser Dinge zu reduzieren oder sie weg zu lassen.						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
									Während der letzten vier Wochen:	
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: 1) Bewerten Sie, wie sich Ihr Kind bezogen auf die nachfolgenden Punkte fühlt UND 2) Geben Sie an wie wichtig das Ziel für Sie ist, dass sich Ihr Kind in den folgenden Punkten verbessert.						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
									Während der letzten vier Wochen:	
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 UND Geben Sie an wie wichtig das Ziel für Sie ist, dass sich Ihr Kind darin verbessert.	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
Andere Ziele:			
1.	0	1	2
2.	0	1	2
3.	0	1	2
4.	0	1	2
5.	0	1	2
Kommentare und Vorschläge:			

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!