

Dein Name: _____
 Datum: _____

Vom Studienteam auszufüllen:
 REB#: _____ Studien ID: _____
 Ersterhebung Verlauf nach _____

GOAL™ – Gait Outcomes Assessment List
 Fragebogen für Kinder - zur Einschätzung deines Gehens und deiner Mobilität

- Wir wollen erfahren, wie Du gehst und wie mobil Du bist.
- Bitte beantworte alle Fragen, indem Du die Zahl einkreist, die am besten passt.
- Am Ende des Fragebogens hast Du die Möglichkeit weitere, für Dich wichtige Ziele zu ergänzen.

Zum Beispiel:

A) Aktivitäten des täglichen Lebens & Selbstständigkeit								Grad der Hilfestellung				Wichtiges Therapieziel?		
Überlege Dir, wie Du üblicherweise jede der folgenden Aktivitäten durchführst: 1) Bewerte dann, wie einfach oder schwer es Dir fiel, diese Aktivitäten in den letzten 4 Wochen durchzuführen UND 2) Wähle aus, wie viel Hilfestellung Du benötigst hast, diese Aktivitäten durchzuführen UND 3) Gib an, wie wichtig Dir das Ziel ist, in jeder der folgenden Aktivität besser zu werden.								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

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** Therapieziel.

A) Aktivitäten des täglichen Lebens & Selbstständigkeit								Grad der Hilfestellung				Wichtiges Therapieziel?		
Überlege Dir, wie Du üblicherweise jede der folgenden Aktivitäten durchführst: 1) Bewerte dann, wie einfach oder schwer es Dir fiel, diese Aktivitäten in den letzten 4 Wochen durchzuführen UND 2) Wähle aus, wie viel Hilfestellung Du benötigst hast, diese Aktivitäten durchzuführen UND 3) Gib an, wie wichtig Dir das Ziel ist, in jeder der folgenden Aktivität besser zu werden.								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?		
Überlege Dir, wie du normalerweise die folgenden Aktivitäten durchführst: 1) Bewerte, wie einfach oder schwer es Dir fiel, diese Aktivitäten in den letzten 4 Wochen durchzuführen UND 2) Wähle aus, welche Gehhilfe Du benötigst hast, um diese Aktivitäten durchzuführen UND 3) Gib an, wie wichtig Dir das Ziel ist, in diese Aktivität besser zu werden.								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 letzten vier Woche	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?		
Denke über die folgenden Punkte nach: 1) Bewerte wie oft Du in den letzten 4 Wochen Schmerzen oder Beschwerden hattest oder müde warst UND 2) Wähle aus, wie stark die Schmerzen oder Beschwerden waren UND 3) Gib an, wie wichtig Dir 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?		
Überlege Dir, wie Du normalerweise jede der folgenden Aktivitäten durchführst:									Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
1) Bewerte wie einfach oder schwer es Dir normalerweise im letzten fiel, diese Aktivitäten auszuüben UND 2) Gib an, wie wichtig Dir das Ziel ist, in dieser Aktivität besser zu werden.											
Während des <u>letzten Jahres</u> :	Extrem schwierig/ nicht möglich	Sehr Schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem	Ich 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 o. 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?		
Überlege Dir, wie Du normalerweise gehst: 1) Bewerte, wie viele Schwierigkeiten Du in den letzten 4 Wochen bei den folgenden Aktivitäten hattest UND 2) Gib, wie wichtig Dir das Ziel ist, in jeder der folgenden Aktivitäten besser zu werden.								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 Deiner Wahl tragen (z.B. Schuhe, Stiefel, Sandalen)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
E1. Andere Aspekte Deines Gangbilds: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2

F) Gebrauch von Schienen und Hilfsmitteln						Wichtiges Therapieziel?				
Denke über jeden der folgenden Punkte nach:						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
1) Bewerte, wie Du dich gefühlt hast, als Du die nachfolgenden Hilfsmittel in den vergangenen 4 Wochen genutzt hast; UND 2) Gib an wie wichtig das Ziel für Dich ist, den Gebrauch dieser Hilfsmittel zu reduzieren oder weg zu lassen.										
In den <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"/>	Mir wurden keine Schienen und Hilfsmittel verordnet.
									<input type="checkbox"/>	Ich entschied mich die mir 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"/>	Ich benutze keine Gehhilfen.
43. Einen Rollstuhl benutzen	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	Ich benutze keinen Rollstuhl.

G) Körperbild und Selbstwertgefühl						Wichtiges Therapieziel?				
Denke über jeden der folgenden Punkte nach:						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
1) Bewerte, wie Du dich bezogen auf die nachfolgenden Punkte fühlst UND 2) Gib an wie wichtig das Ziel für Dich ist, dass Du Dich in den folgenden Punkten verbesserst.										
Während der <u>letzten vier Wochen</u> :	Sehr unglücklich	Unglücklich	Weder glücklich noch unglücklich	Glücklich	Sehr glücklich					
44. Die Form und Stellung Deiner Beine.	0	1	2	3	4	0	1	2		
45. Die Form und Stellung Deiner Füße.	0	1	2	3	4	0	1	2		
46. Die Symmetrie Deiner Beine (in Länge und Umfang).	0	1	2	3	4	0	1	2		
47. Wie Du dich fortbewegst im Vergleich zu Anderen.	0	1	2	3	4	0	1	2		
48. Die Art wie Andere darüber Denken wie Du dich fortbewegst.	0	1	2	3	4	0	1	2		
49. Wie Du von anderen behandelt wirst.	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, führe diese bitte nachfolgend auf UND Gib an wie wichtig das Ziel für Dich ist, dass Du dich darin verbesserst.	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:			

Vielen Dank!