



Zusatzfragebogen Modellvorhaben

Geltungsbereich:

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

2. Wann traten das erste Mal Symptome Ihrer Erkrankung auf? _____ (Monat/Jahr)

3. Kam es aufgrund Ihrer Erkrankung zu einer stationären Behandlung innerhalb der letzten 5 Jahre?

A) Wenn ja, wie häufig?

B) Wenn Sie die Tage zusammenzählen, wie viele waren es?

- keine
- bis zu 5x
- bis zu 10x
- bis zu 15x
- über 15
- unbekannt

- keine
- bis zu 5 Tage
- bis zu 15 Tage
- bis zu 50 Tage
- über 50 Tage
- unbekannt

4. Beurteilung der Mobilität:

A) Für Kinder über 6 Jahren und Erwachsene

- keine Einschränkungen
- leichte Einschränkungen
- Ich bin auf Hilfsmittel ohne elektrische Unterstützung (z.B. Rollstuhl/Rollator/Gehhilfen) bei längeren Distanzen (>50 m) angewiesen
- Ich bin auf Hilfsmittel mit elektrischer Unterstützung (z.B. elektrischer Rollstuhl) bei längeren Distanzen (>50m) angewiesen
- Ich benötige immer Hilfsmittel mit elektrischer Unterstützung und bin bei der Nutzung auf die Hilfe Dritter angewiesen

B) Für Kinder von 2 bis 6 Jahren

- Mein Kind kann ohne Einschränkungen Gehen und Treppen steigen
- Mein Kind kann ohne Gehhilfen selbstständig gehen, aber hat Schwierigkeiten bei größeren Distanzen (>50m) oder auf unebenem
- Untergrund Mein Kind kann mit einer Gehhilfe (z.B. Rollator, Gehstützen) alleine gehen
- Mein Kind kann selbstständig sitzen, aber ohne erhebliche Unterstützung und Aufsicht eines Erwachsenen nicht stehen oder gehen
- Mein Kind hat Schwierigkeiten, selbstständig zu sitzen und egal in welcher Ausgangslage, seine Kopf- und Körperhaltung zu kontrollieren