

Univ.-Prof. Dr.med. Anton Wernig
 PHYSIOLOGISCHES INSTITUT
 DER UNIVERSITÄT BONN
 Neurophysiologie

D - 53111 BONN
 Wilhelmstrasse 31
 Tel.: +49-(0)228-287.222.74
 Fax: +49-(0)228-287.222.08
 e-mail: anton.wernig@ukb.uni-bonn.de

LAUFBANDTHERAPIE – Fragebogen für Personen mit Gangstörungen

Die LAUFBANDTHERAPIE ist bei folgenden Erkrankungen anwendbar: alle Gehstörungen, v.a. **Schlaganfall, Rückenmark- und Hirnverletzung, MS.**

Dieser Fragebogen hilft zu erkennen, ob die LAUFBANDTHERAPIE bei Ihnen mit Aussicht auf Erfolg angewandt werden könnte. Wenn ja, schlage ich Ihnen einen Termin für eine Erstuntersuchung vor. Senden Sie den in allen Punkten ausgefüllten Fragebogen an die o.g. Adresse zurück. Rufen Sie mich an, sinnvollerweise einige Tage nach der Rücksendung Ihres Fragebogens.

Erstuntersuchung: In Bonn und im Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Therapie: **Ambulant** in Bonn und im Klinikum Karlsbad-Langensteinbach.

Stationär im Klinikum Karlsbad-Langensteinbach.

Kosten: Die **telefonische Beratung** ist kostenfrei. Die **Erstuntersuchung** kann z.Zt. nur privatärztlich abgerechnet werden. Die Verhandlungen mit den Kassen zur Übernahme der **Therapiekosten** sind z.T. erfolgreich abgeschlossen, z.T. im Gange.

Univ.-Prof. Dr.med. Anton Wernig

Beratungsvermerk Prof. Wernig vom	Termin BN / KKL:
 Uhr

Angaben zur Person ANFANG des Fragebogens

Name und Vorname:	Geburtsdatum:	Datum der Schädigung:	Körpergewicht: kg
-------------------	---------------	-----------------------	----------------------------

<u>Anschrift</u> :	Telefon:
Strasse :	Fax:
PLZ / Ort :	e-mail :
Land :	

Angaben zur Ursache der Gangstörung / Schädigung

Schlaganfall ; Querschnittl. ; SHV ; Orthopädisch ;
 Unfall ; Durchblutungsstörung ; Tumor ; Entzündung , andere ...

Lähmung bei Querschnittlähmung :

- sensorisch komplett / inkomplett ab Rückenmark Segment Nr. ...
 - motorisch komplett / inkomplett ab Rückenmark Segment Nr. ...

Art der Lähmung : spastisch schlaff gemischt
 rechtsseitig linksseitig beidseitig

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Name und tägl. Dosis)? :

Verbliebene motorische Funktionen

HÜFTGELENK :

Knieheben im Sitzen, wie hoch ?

KNIEGELENK :

Können Sie im Sitzen Ihr Knie strecken?

Links: null ein wenig voll

Rechts: null ein wenig voll

Links: null ein wenig voll

Rechts: null ein wenig voll

STEHEN : Können Sie ohne Schienen auf den Beinen stehen?

Nein

Ja, mit Hilfsperson

Alleine

GEHEN : Können Sie Schritte machen ? (ohne lange Schienen) : Distanz (in m)

Nein / Ja, mit 2 Hilfspersonen / Ja, mit 1 Hilfsperson

mit Stöcken / mit Rollator / ohne Stöcke

m

ARME :

Bei Tetraplegikern / Hemiplegikern :

Können Sie Ihre Arme zum Stützen beim Stehen/ Gehen verwenden? Ja / Nein

Rehabilitationsaufenthalte (Dauer, Name / Ort der Klinik):

Erstrehabilitation :

Folgerehabilitationen :

Sind Sie berufstätig ?

Ja

Nein

Name und Anschrift Ihrer VERSICHERUNG :

ENDE des Fragebogens