

GOAL-LD

Beurteilungsbogen zur Bewertung von Gangbildern (für Kinder mit Fehlstellungen der unteren Extremitäten)

Version für Kinder

1. Wir möchten mehr über Dich und Deine Ziele (Wünsche) erfahren, die Du in Bezug auf die Behandlung Deines Beins hast.
2. Bitte lies Dir die Hinweise auf jeder Seite sorgfältig durch.
3. Bitte beantworte sämtliche Fragen durch Umkreisen der entsprechenden Zahl oder durch Ankreuzen des Kästchens mit der am besten passenden Antwort.
4. Am Ende des Fragebogens hast Du die Möglichkeit weitere, für Dich wichtige Ziele zu ergänzen.

Zum Beispiel:

A) Gehen und Bewegung								GEHHILFEN NOTWENDIG					WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)						
Überlege Dir, wie Du <u>üblicherweise</u> jede der folgenden Aktivitäten durchführst: 1) Bewerte dann, wie einfach oder schwer es Dir fiel, diese Aktivitäten in den <u>letzten 4 Wochen</u> durchzuführen; UND 2) Wähle aus, wie viel Hilfestellung Du benötigt hast, diese Aktivitäten durchzuführen; UND 3) Gib an, wie wichtig Dir das Ziel ist , in jeder der folgenden Aktivität besser zu werden.																			
Während der letzten vier Wochen:	Extrem schwierig/ nicht möglich	Sehr schwierig	Schwierig	Etwas schwierig	Einfach	Sehr einfach	Kein Problem	ROLLSTUHL	ROLLATOR	ZWEI GEHSTÖCKE ODER KRÜCKEN	EIN GEHSTOCK/EINE KRÜCKE/ UNTERSTÜTZUNG DURCH ANDERE PERSON/FESTHALTEN AN GELÄNDER ODER WAND	KEINE HILFE NOTWENDIG	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig				
2. Sicheres Tragen von Gegenständen (z. B. einer Tasse mit heißer Schokolade, eines Tablett mit Essen) beim Gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4		X					

Im oben genannten Beispiel wird die gewöhnliche Leistungsfähigkeit unter dem Punkt "Sicheres Tragen von Gegenständen beim Gehen" mit 4 von 6 Punkten bewertet; **keine Gehhilfen notwendig**; und die Verbesserung dieses Zustandes ist ein eher wichtiges Ziel.

Teilnehmer-ID: _____

Datum (tt/mm/jjjj): _____

A) Gehen und Bewegung								GEHHILFEN NOTWENDIG					WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
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 benötigt hast, diese Aktivitäten durchzuführen; UND 3) Gib an, wie wichtig Dir das Ziel ist , in jeder der folgenden Aktivität besser zu werden.								ROLLSTUHL	ROLLATOR	ZWEI GEHSTÖCKE ODER KRÜCKEN	EIN GEHSTOCK/EINE KRÜCKE/ UNTERSTÜTZUNG DURCH ANDERE PERSON/FESTHALTEN AN GELÄNDER ODER WAND	KEINE HILFE NOTWENDIG	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. Tragen von schweren Gegenständen (z. B. Einkaufstaschen, mehrere Schulbücher) beim Gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
2. Sicheres Tragen von Gegenständen (z. B. einer Tasse mit heißer Schokolade, eines Tablett mit Essen) beim Gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
3. Mehr als 250 Meter gehen (um zwei Wohnblöcke oder zwei Fußballfelder)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
4. Bewegen an überfüllten Orten (z. B. in der Schule, bei Konzerten oder in einem Einkaufszentrum)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
5. Langes Stehen (z.B. Aufstellungen, Warteschlangen)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			

A) Gehen und Bewegung - Fortsetzung								GEHHILFEN NOTWENDIG					WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
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.								ROLLSTUHL	ROLLATOR	ZWEI GEHSTÖCKE ODER KRÜCKEN	EIN GEHSTOCK/EINE KRÜCKE/ UNTERSTÜTZUNG DURCH ANDERE PERSON/FESTHALTEN AN GELÄNDER ODER WAND	KEINE HILFE NOTWENDIG	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								
6. Beim Gehen draußen mit Freunden mithalten können	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
7. Hindernisse umgehen o. Schritt zur Seite machen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
8. Treppen hoch und runter gehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
9. Rampen hoch- und runtergehen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
10. Gehen auf unebenem Untergrund (hart, steinig, sandig)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			
11. Gehen auf nassem, rutschigem oder gefrorenem Untergrund	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4			

B) Schmerz und Ausdauer							INTENSITÄT				WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)									
Denke über die folgenden Punkte nach: 1) Bewerte wie oft Du in den letzten 4 Wochen Schmerzen oder Beschwerden hattest oder erschöpft warst; UND 2) Wähle aus, wie stark die Schmerzen oder Beschwerden waren; UND 3) Wähle für jeden der folgenden Punkte aus, wie wichtig es für Dich ist, weniger Schmerzen, Unwohlsein oder Erschöpfung zu empfinden:							SEHR STARK	MÄßIG STARK	LEICHT	KEINE SCHMERZEN	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig							
Während der letzten vier Wochen:	Jeden Tag	Fast jeden Tag	2 bis 3 Mal pro Woche	Einmal pro Woche	Manchmal	Nie														
12. Schmerzen oder Beschwerden in den Füßen oder Sprunggelenken	0	1	2	3	4	5								0	1	2	2			
13. Schmerzen oder Beschwerden in den Unterschenkeln (z.B. Wade o. Schienbein)	0	1	2	3	4	5								0	1	2	2			
14. Schmerzen oder Beschwerden in den Knien	0	1	2	3	4	5								0	1	2	2			
15. Schmerzen oder Beschwerden in den Oberschenkeln oder Hüften	0	1	2	3	4	5								0	1	2	2			
16. Schmerzen oder Beschwerden im Rücken	0	1	2	3	4	5								0	1	2	2			
17. Schnell eintretendes Gefühl der Erschöpfung bei körperlichen Aktivitäten, die ich gerne mache (z. B. Schwimmen, Laufen oder andere Sportarten)	0	1	2	3	4	5								0	1	2	2			
Andere Schmerzen: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	2										

C) Körperliche Aktivitäten, Spiele & Freizeit									WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
Überlege Dir, wie Du normalerweise jede der folgenden Aktivitäten durchführst: 1) Bewerte wie einfach oder schwer es Dir normalerweise im letzten Jahr 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> :	<i>Extrem schwierig/ nicht möglich</i>	<i>Sehr schwierig</i>	<i>Schwierig</i>	<i>Etwas schwierig</i>	<i>Einfach</i>	<i>Sehr einfach</i>	<i>Kein Problem</i>	Ich habe diese Aktivität in dem letzten Jahr nicht gemacht	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
18. Schnell laufen / rennen	0	1	2	3	4	5	6	☐			
19. Teilnahme an „Gleit“- Sportarten (z.B. Schlitt- schuhlaufen, Inline-Skaten, Skifahren, Skate-/Snowboarden)	0	1	2	3	4	5	6	☐			
20. Fahrradfahren	0	1	2	3	4	5	6	☐			
21. Schwimmen	0	1	2	3	4	5	6	☐			
22. Teilnahme an Sportarten, die Rennen erfordern (z.B. Fußball, Baseball, Leichtathletik)	0	1	2	3	4	5	6	☐			
23. Sportarten ausüben, bei denen man springen muss (z.B. Basketball, Volleyball, Trampolin springen)	0	1	2	3	4	5	6	☐			
24. Teilnahme an Aktivitäten, bei denen Balance wichtig ist (z.B. Tanzen, Gymnastik o. Kampfsport)	0	1	2	3	4	5	6	☐			
25. Klettern (Leiter, Klettergerüst auf dem Spielplatz, Hochklettern an Wänden)	0	1	2	3	4	5	6	☐			
Andere Freizeit-oder Sportaktivitäten: _____	0	1	2	3	4	5	6	☐			

D) Gangbild								WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
Berücksichtige jeden der folgenden Punkte: 1) Bewerte, wie viele Schwierigkeiten Du in den letzten 4 Wochen bei den folgenden Aktivitäten hattest; UND 2) Wähle für jeden Punkt aus, wie wichtig es für Dich ist , Dich hierbei zu verbessern.										
Während der letzten vier Wochen:	<i>Extrem schwierig/ nicht möglich</i>	<i>Sehr schwierig</i>	<i>Schwierig</i>	<i>Etwas schwierig</i>	<i>Einfach</i>	<i>Sehr einfach</i>	<i>Kein Problem</i>	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
26. Gehen mit flach auf den Boden aufgesetzten Füßen	0	1	2	3	4	5	6			
27. „Größer“ oder aufrechter Gehen (mit weniger gebeugtem Oberkörper oder gebeugten Knien)	0	1	2	3	4	5	6			
28. Gehen mit nach vorne zeigenden Füßen	0	1	2	3	4	5	6			
29. Gehen, ohne zu hinken	0	1	2	3	4	5	6			
30. Gehen, ohne zu stolpern und hinzufallen	0	1	2	3	4	5	6			
Andere Aspekte Deines Gangbilds: _____	0	1	2	3	4	5	6			

E) Gebrauch von Stützhilfen und sonstigen Hilfsmitteln						WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)				
Denke über jeden der folgenden Punkte nach: 1) Bewerte nun, wie Du Dich beim Benutzen jedes einzelnen dieser Hilfsmittel in den vergangenen 4 Wochen gefühlt hast, UND 2) Gib an wie wichtig das Ziel für Dich ist, den Gebrauch dieser Hilfsmittel zu reduzieren oder wegzulassen.						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig		
Während der <u>letzten vier Wochen:</u>	<i>Sehr unglücklich</i>	<i>Unglücklich</i>	<i>Weder glücklich noch unglücklich</i>	<i>Glücklich</i>	<i>Sehr glücklich</i>					
31. Eine Schuheinlage	0	1	2	3	4				☐	Ich habe keine Schuheinlagen verschrieben bekommen.
									☐	Ich habe mich dazu entschieden, die Schuheinlage nicht zu tragen.
32. Eine Stützhilfe (z. B. Knöchel-Fuß-Orthese)	0	1	2	3	4				☐	Ich habe keinerlei Stützhilfen verschrieben bekommen.
									☐	Ich habe mich dazu entschieden, die Stützhilfe nicht zu tragen.
33. Eine Prothese (künstliches Bein)	0	1	2	3	4				☐	Ich habe keine Prothese verschrieben bekommen.
									☐	Ich habe mich dazu entschieden, die Prothese nicht zu tragen.
34. Eine Gehhilfe (z. B. Rollator, Stock, Gehstock, Krücken)	0	1	2	3	4				☐	Ich benutze keinerlei Gehhilfen.
35. Ein Rollstuhl	0	1	2	3	4				☐	Ich benutze keinen Rollstuhl.
36. Andere Hilfsmittel (z. B. Spezialaufsätze für Fahrradpedale oder andere _____)	0	1	2	3	4				☐	Ich benutze keine anderen Hilfsmittel.

F) Körperbild und Selbstwertgefühl						WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
Denke über jeden der folgenden Punkte nach: 1) Bewerte nun, wie Du Dich bezüglich der folgenden Situationen in den vergangenen 4 Wochen gefühlt hast; UND 2) Gib an wie wichtig das Ziel für Dich ist, dass Du Dich in den folgenden Punkten verbesserst.						Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
Während der letzten vier Wochen:	<i>Sehr unglücklich</i>	<i>Unglücklich</i>	<i>Weder glücklich noch unglücklich</i>	<i>Glücklich</i>	<i>Sehr glücklich</i>			
37. Die Form und Stellung Deiner Beine	0	1	2	3	4			
38. Die Form und Stellung Deiner Füße	0	1	2	3	4			
39. Die Symmetrie Deiner Beine (in Länge und Umfang)	0	1	2	3	4			
40. Tragen von Schuhwerk meiner Wahl (z.B. Schuhe, Stiefel, Sandalen)	0	1	2	3	4			
41. Tragen von Kleidung meiner Wahl (z.B. kurze Hosen, Röcke, Badebekleidung)	0	1	2	3	4			
42. Aussehen meiner Bewegungen im Vergleich zu Anderen	0	1	2	3	4			
43. Die Art wie andere darüber denken, wie Du Dich fortbewegst	0	1	2	3	4			
44. Wie Du von anderen behandelt wirst	0	1	2	3	4			

Andere Ziele	WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
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.			
Andere Ziele:	Kein Ziel	Eher wichtig	Sehr wichtig
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Vielen Dank!