

GOAL-LD

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

Version für Eltern

1. Wir möchten mehr über Ihr Kind und Ihre Ziele (Wünsche) erfahren, die Sie in Bezug auf die Behandlung des Beins Ihres Kindes haben.
2. Bitte lesen Sie die Hinweise auf jeder Seite sorgfältig durch.
3. Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen durch Umkreisen der entsprechenden Zahl oder durch Ankreuzen des Kästchens mit der am besten passenden Antwort.
4. Am Ende des Fragebogens haben Sie die Möglichkeit weitere, Ihnen wichtige Ziele zu ergänzen.

Zum Beispiel:

A) Gehen und Bewegung								GEHHILFEN NOTWENDIG					WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)			
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 letzten 4 Wochen durchzuführen; UND 2) Wählen Sie aus, wie viel Hilfestellung Ihr Kind benötigt hat, diese Aktivitäten durchzuführen; UND 3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist , dass Ihr Kind in jeder der folgenden Aktivität besser wird.								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									
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: _____

Beziehung zum Patienten: _____

Datum (tt/mm/jjjj): _____

A) Gehen und Bewegung								GEHHILFEN NOTWENDIG					WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
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 <u>letzten 4 Wochen</u> durchzuführen; UND 2) Wählen Sie aus, wie viel Hilfestellung Ihr Kind benötigt hat, diese Aktivitäten durchzuführen; UND 3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist , dass Ihr Kind in jeder der folgenden Aktivität besser wird.								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)		
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 letzten 4 Wochen durchzuführen; UND 2) Wählen Sie aus, wie viel Hilfestellung Ihr Kind benötigt hat, diese Aktivitäten durchzuführen; UND 3) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist , dass Ihr Kind in jeder der folgenden Aktivität besser wird.								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)		
Denken Sie über die folgenden Punkte nach: 1) Bewerten Sie wie oft Ihr Kind in den letzten 4 Wochen Schmerzen oder Beschwerden hatte oder erschöpft war; UND 2) Wählen Sie aus, wie stark die Schmerzen oder Beschwerden waren; UND 3) Wählen Sie für jeden der folgenden Punkte aus, wie wichtig es für Sie ist , dass Ihr Kind weniger Schmerzen, Unwohlsein oder Erschöpfung empfindet:							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 Ihr Kind gerne macht (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)		
Überlegen Sie, wie Ihr Kind normalerweise jede der folgenden Aktivitäten durchführt: 1) Bewerten Sie, wie einfach oder schwer es Ihrem Kind normalerweise fiel, im letzten 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> :	<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>	Mein Kind hat diese Aktivität im 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)		
Berücksichtigen Sie jeden der folgenden Punkte: 1) Bewerten Sie, wie viele Schwierigkeiten Ihr Kind in den letzten 4 Wochen bei den folgenden Aktivitäten hatte; UND 2) Wählen Sie für jeden Punkt aus, wie wichtig es für Sie ist , dass sich Ihr Kind hierbei verbessert.										
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 des Gangbilds: _____	0	1	2	3	4	5	6			

E) Gebrauch von Stützhilfen und sonstigen Hilfsmitteln						WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)				
Denken Sie über jeden der folgenden Punkte nach: 1) Bewerten Sie nun, wie sich Ihr Kind beim Benutzen jedes einzelnen dieser Hilfsmittel in den vergangenen 4 Wochen gefühlt hat, UND 2) Geben Sie an, wie wichtig Ihnen das Ziel ist, den Gebrauch dieser Hilfsmittel zu reduzieren oder sie 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				☐	Mein Kind hat keine Schuheinlagen verschrieben bekommen.
									☐	Mein Kind hat sich dazu entschieden, die Schuheinlage nicht zu tragen.
32. Eine Stützhilfe (z. B. Knöchel-Fuß-Orthese)	0	1	2	3	4				☐	Mein Kind hat keinerlei Stützhilfen verschrieben bekommen.
									☐	Mein Kind hat sich dazu entschieden, die Stützhilfe nicht zu tragen.
33. Eine Prothese (künstliches Bein)	0	1	2	3	4				☐	Mein Kind hat keine Prothese verschrieben bekommen.
									☐	Mein Kind hat sich dazu entschieden, die Prothese nicht zu tragen.
34. Eine Gehhilfe (z. B. Rollator, Stock, Gehstock, Krücken)	0	1	2	3	4				☐	Mein Kind benutzt keinerlei Gehhilfen.
35. Ein Rollstuhl	0	1	2	3	4				☐	Mein Kind benutzt keinen Rollstuhl.
36. Andere Hilfsmittel (z. B. Spezialaufsätze für Fahrradpedale oder andere _____)	0	1	2	3	4				☐	Mein Kind benutzt keine anderen Hilfsmittel.

F) Körperbild und Selbstwertgefühl						WICHTIGKEIT DES ZIELS (WUNSCHES)		
Denken Sie über jeden der folgenden Punkte nach: 1) Bewerten Sie nun, wie sich Ihr Kind bezüglich der folgenden Situationen in den vergangenen 4 Wochen gefühlt hat; 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:	Sehr unglücklich	Unglücklich	Weder glücklich noch unglücklich	Glücklich	Sehr glücklich			
37. Die Form und Stellung seiner/ihrer Beine	0	1	2	3	4			
38. Die Form und Stellung seiner/ihrer Füße	0	1	2	3	4			
39. Die Symmetrie seiner/ihrer Beine (in Länge und Umfang)	0	1	2	3	4			
40. Tragen von Schuhwerk seiner/ihrer Wahl (z.B. Schuhe, Stiefel, Sandalen)	0	1	2	3	4			
41. Tragen von Kleidung seiner/ihrer Wahl (z.B. kurze Hosen, Röcke, Badebekleidung)	0	1	2	3	4			
42. Aussehen seiner/ihrer Bewegungen im Vergleich zu Anderen	0	1	2	3	4			
43. Die Art wie andere darüber denken wie er/sie sich fortbewegt	0	1	2	3	4			
44. Wie er/sie von anderen behandelt wird	0	1	2	3	4			

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

Vielen Dank!