

7 Anhang

Fragebögen

Patient:

Datum:

Derzeitiger Gesundheitszustand:

Kraftgrade:

	rechts	links
Schulter		
Ellenbogen		
Hand		
Hüfte		
Knie		
Fuß		

Bitte von 0-5 in die Spalten eintragen

0 keine Aktivität

1 sichtbare Kontraktion ohne motorischen Effekt

2 Bewegungen unter Ausschaltung der Schwerkraft

3 Bewegungen gegen die Schwerkraft

4 Bewegungen gegen Widerstand

5 normal

Sensibilitätsverlust:

	X	Obere Extremität	X	Untere Extremität
0		kein Sensibilitätsverlust		kein Sensibilitätsverlust
1		an den Fingern		an den Zehen
2		bis zum Handgelenk		bis zum Knöchel
3		zum Ellenbogen		bis zum Knie
4		zu den Schultern		bis zur Leiste

-X=Bitte ankreuzen-

		ja	nein	unbekannt
--	--	----	------	-----------

Lagesinn gestört	Finger			
	Zehen			
Vibrationsempfinden gestört	Finger			
	Zehen			

-Bitte ankreuzen-

Restschäden der GBS-Erkrankung:

X

0	gesund	
1	leichte Symptome, kann aber rennen	
2	10 m ohne Unterstützung frei gehen, aber nicht rennen	
3	10 m gehen mit Unterstützung	
4	bettlägerig, kann im Stuhl sitzen, aber kann nicht gehen wie in 3	
5	unterstützte Beatmung	
6	tot	

x=Bitte ankreuzen

Hirnnerven betroffen:

Behinderungen im alltäglichen Leben:

	kann die Aufgabe nicht ausführen	Versucht die Aufgabe, ist aber unsicher	braucht mäßige Unterstützung	braucht etwas Hilfe	völlig unabhängig
Essen					
Badbenutzung					
Körperpflege					
Toilettenbenutzung					
Beherrschung der Blase					
Kontrolle des Stuhlgangs					
Anziehen(ohne Schuhe)					
50 m Gehen auf ebener Fläche, auch mit Stock					
Treppe mit Stütze steigen					
Rollstuhl ja -nein					
Umsteigen aus dem					

Bett in den Rollstuhl					
-----------------------	--	--	--	--	--

-Bitte ankreuzen-

Klinische Einschätzung: