

Fragebogen für Interessierte an der Exoskellet-Therapie HAL

Name:	Anforderungen:			
Adresse:				
Telefonnummer:				
E-Mail:	Körpergröße:			
Geschlecht:	Größe:cm			
Geburtsdatum:	Gewicht:kg			
Alter:	Schuhgröße:cm			
	Orthesen: ☐ ja ☐ nein			
Tägliches Leben:				
Gehen: ☐ selbstständig ☐ benötigt Hilfe				
Benutzt einen Rollstuhl: ☐ ja ☐ nein				
Walking Aid: ☐ ja ☐ nein				
Bitte überprüfen Sie die folgenden Punkte, wenn sie auf Sie zutreffen:				
☐ kann mit Unterstützung stehen ☐ selbstständig die Sitzposition halten können ☐ Gewicht 40-100kg ☐ Höhe 165-185cm ☐ keine wesentliche Einschränkung der Gelenke (Deformität, Entzündung, Dislokation, etc.) ☐ keine schwere kognitive Störung (ist in der Lage, Anleitungen zu verstehen) ☐ keine Angst vor Ohnmacht oder Schwindelgefühlen ☐ der Gurt lässt sich problemlos straffen, um HAL zu befestigen ☐ keine Schwangerschaft ☐ keine Empfindlichkeit der Haut für Elektroden ☐ Hypertonie ☐ Osteoporose ☐ Implantierbares aktives medizinisches Gerät (z. B. Peacemaker) ☐ Sonstiges.....				
Diagnose:				
Anamnese:				
(Einschließlich Operation)				
Körperliche Fähigkeiten:				
Sitzen:	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ nicht selbstständig	☐ *Notiz.....
Aufstehen:	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ nicht selbstständig	☐ *Notiz.....
Stehen:	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ nicht selbstständig	☐ *Notiz.....
In der Hocke:	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ nicht selbstständig	☐ *Notiz.....
Treppensteigen:	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ nicht selbstständig	☐ *Notiz.....
* Falls erforderlich, geben Sie bitte an, welche Art von Hilfe benötigt wird, z. B. Geländer, Spazierstock, Orthese, Gehhilfe, Händchenhalten usw.				

Anfragen:

1. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
2. Haben Sie einen Dekubitus oder andere offene Wunden? Wenn ja, wo?
3. Gibt es Gelenke, die nicht vollständig bewegt werden können (z. B. Kontrakturen)?
4. Hatten Sie in letzter Zeit eine Knochenfraktur?
5. Gab es in den letzten 12 Monaten eine Lungenembolie oder eine Thrombose?
6. Bestehen schwere Lungen- oder Herzerkrankungen wie COPD, Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit?
7. Leiden Sie unter Kreislaufproblemen beim Sport?
8. Hatten Sie irgendwelche Bakterien und Infektionen wie MRSA, ESBI, MRGN und/oder VRE?
9. Sind Sie in der Lage, Hüft- und Kniemuskeln anzuspannen?
10. Leiden Sie an Epilepsie?
11. Haben Sie medizinische Implantate wie einen Herzschrittmacher, Shunt und/oder Stent?
12. Was sind Ihre Wünsche und Ziele mit der HAL-Behandlung?
13. Können Sie eine dreißigminütige Vertikalisierung bewältigen?