



## Fragebogen für TherapeutIn/BetreuerIn von Kindern mit Cerebralparese

### Liebe/r TherapeutIn/BetreuerIn!

Anbei übersenden wir Ihnen einen Fragebogen mit der Bitte um Beantwortung (soweit als für Sie möglich), um die bevorstehende Neuroorthopädie-Sprechstunde des von Ihnen betreuten Kindes am Ostschweizer Kinderspital St. Gallen bestmöglich vorzubereiten. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Vorfeld der Sprechstunde aus. Wenn ein Thema für das Kind nicht zutrifft, lassen Sie es aus. Der Fragebogen dient als Orientierung im Vorfeld der Sprechstunde, er verlangt keine Vollständigkeit. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich dem Wohl des Kindes.

Zu **Beginn** fragen wir nach **Ihren Zielen und Erwartungen an die Sprechstunde**, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, bereits die wichtigsten Fragen und Sorgen zu thematisieren.

Wir bitten Sie als **TherapeutIn/BetreuerIn** der Schule/Einrichtung uns Auskunft über die aktuelle Orthesen-/Hilfsmittel-Versorgung, passive und aktive Beweglichkeit der Gelenke der oberen und unteren Extremität, Rumpfstabilität/Wirbelsäule sowie die Entwicklung des Muskeltonus und der Selektivität zu geben.

Sofern Sie uns ein Video oder Fotos von Ihrem Kind im Vorfeld zusenden möchten, so besteht die Möglichkeit diese unter dem folgenden Link hochzuladen:

<https://transfer.hcweb.ch/NOR-Sprechstunde>

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an die folgende e-mail Adresse bis **2 Wochen vor** dem geplanten Sprechstundentermin wieder ans Sekretariat Kinderorthopädie zurück an: [info.orthopaedie@kispisg.ch](mailto:info.orthopaedie@kispisg.ch).

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und freuen uns auf die bevorstehende Sprechstunde am Kinderspital St. Gallen!

**Ihr Team der Neuroorthopädie-Sprechstunde**  
Ostschweizer Kinderspital



<b>Name des Kindes</b>		<b>Geburtsdatum</b>		<b>Datum heute</b>	
------------------------	--	---------------------	--	--------------------	--

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Kinderorthopäde: \_\_\_\_\_ Neuropädiater: \_\_\_\_\_

**Welche Ziele und/oder Erwartungen haben Sie an die kommende Neuroorthopädische Sprechstunde:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1. Hilfsmittel (nur ausfüllen, falls das Kind Hilfsmittel hat)**

Passen die Hilfsmittel ihres Kindes noch?  Ja  Nein, welche passen nicht mehr? \_\_\_\_\_

**1.1 Orthesen/Schienen**

**1.1.1 Untere Extremität**

**1.1.1.1 Tag:**

- Einlagen  DAFO (Knöchelhohe Schiene)  Unterschenkelorthesen  
 mit Gelenk (OSG)  mit Kondylenfassung

Tragedauer in Stunden/Tag:  0  1-4  5-8  9-12

Passform:  ok  zu klein  zu gross  Druckstellen

Akzeptanz:  gut  mässig  schlecht, warum: \_\_\_\_\_

**1.1.1.2 Nacht:**

- Unterschenkelorthesen  
 mit Gelenk  
 Oberschenkelorthesen  
 Abduktionsfeder  Abduktionsstab  
 mit Caroli-Quengelgelenk (zur Kniestreckung)  
 mit Beckenteil  
 Lagerungselement Schaumstoff ( Rückenlage,  Seitenlage)

Tragedauer in Stunden/Nacht:  0  1-4  5-8  9-12

Passform:  ok  zu klein  zu gross  Druckstellen, wo: \_\_\_\_\_

Akzeptanz:  gut  mässig  schlecht, warum: \_\_\_\_\_

**Zuständiger Orthopädietechniker:**

- Brunner Orthopädie  Orthoteam  W. Hägeli AG  
 Spiess+Kühne AG  Andere: \_\_\_\_\_



## 1.2 Obere Extremität

### 1.2.1 Tag:

Silikon       Neopren       Daumenabduktionsschiene       Andere: \_\_\_\_\_

Tragedauer in Stunden/Tag:  0     1-4     5-8     9-12

Passform:  ok       zu klein     zu gross       Druckstellen, wo: \_\_\_\_\_

Akzeptanz:  gut       mässig     schlecht, warum: \_\_\_\_\_

Handfunktion mit Schiene:  gut       mässig     schlecht, warum: \_\_\_\_\_

### 1.2.2 Nacht:

Silikon       Neopren     Orthese       Andere

Tragedauer in Stunden/Nacht:  0     1-4     5-8     9-12

Passform:  ok       zu klein     zu gross       Druckstellen, wo: \_\_\_\_\_

Akzeptanz:  gut       mässig     schlecht, warum: \_\_\_\_\_

Zuständiger Orthopädietechniker:

Brunner Orthopädie       Orthoteam       W. Hägeli AG  
 Spiess+Kühne AG       Andere: \_\_\_\_\_

## 1.3 Korsett

Doppelschalen-Korsett       Cheneau-Korsett

### 1.3.1 Tag

Tragedauer in Stunden/Tag:  0     1-4     5-8     9-12

### 1.3.2 Nacht

Tragedauer in Stunden/Nacht:  0     1-4     5-8     9-12

Passform:  ok       zu klein     zu gross       Druckstellen, wo: \_\_\_\_\_

Akzeptanz:  gut       mässig     schlecht, warum: \_\_\_\_\_

Zuständiger Orthopädietechniker:

Brunner Orthopädie       Orthoteam       W. Hägeli AG  
 Spiess+Kühne AG       Andere: \_\_\_\_\_

## 1.4 Stehen

steht nie       steht mit Hilfsmittel       steht ohne Hilfsmittel

Verwendung von Stehgerät:  ja     nein      Eigenes Stehgerät:  ja     nein

Häufigkeit Tage pro Woche:      1    2    3    4    5    6    7  
                       

Dauer in Minuten:      0-30    30-60    >60  
           

## 1.5. Mobilitätshilfsmittel



Gehhilfsmittel \_\_\_\_\_  Dreirad \_\_\_\_\_

**1.6. Rollstuhl**

ja  nein  Hand  Elektro  Individuelle Sitzschale

Passform:  ok  zu klein  zu gross  Druckstellen, wo: \_\_\_\_\_

Zuständiger Orthopädietechniker:

Brunner Orthopädie  Gelbart/Orthoteam  W. Hägeli AG  
 Spiess+Kühne AG  Pleger Rehatechnik  Andere: \_\_\_\_\_

**1.7. Weitere Hilfsmittel**

Therapiestuhl  Autorehasitz  Badehilfe  Toiletten/Duschstuhl  höhenverstellbares Bett  
 Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme:  Spez. Becher / Trinkflasche  Spez. Besteck/Teller  
 PEG  teilweise  vollständig darüber ernährt  
 Kommunikationshilfsmittel: \_\_\_\_\_  Brille  andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
 Heimanpassung: \_\_\_\_\_  Auto angepasst für RS Transport  Behindertenvignette

Welche Hilfsmittelanliegen haben Sie, damit die Teilhabe des Kindes verbessert werden kann?

**2. PASSIVE Gelenkbeweglichkeit (Neutral-Null-Methode)**

	rechts	links
<b>2.1 Untere Extremität</b>		
<b>2.1.1 Hüfte</b>		
Abduktion/Adduktion	_/_/_ °	_/_/_ °
Aussenrotation/Innenrotation (in Hüftextension in Bauchlage)	_/_/_ °	_/_/_ °
Extension/Flexion (in Rückenlage)	_/_/_ °	_/_/_ °
Hüftbeugekontraktur (Gegenseite in voller Hüft-Beugung → fehlende Hüftstreckung)	_____ °	_____ °
<b>2.1.2 Knie</b>		
Flexion/Extension (in Rückenlage)	_/_/_ °	_/_/_ °
Popliteal Winkel (90°Hüfte flektiert)	_____ °	_____ °
Rectus: Ely-Duncan-Test (Bauchlage: Gesäss-Fersenabstand)	_____ cm	_____ cm
<b>2.1.3 Sprunggelenk</b>		
Dorsalflexion (in 90° Knieflexion)	_/_/_ °	_/_/_ °
Dorsalflexion (in Knieextension)	_/_/_ °	_/_/_ °

**Besonderheiten:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_







## 6. Selektivität

**Gekreuzter Streckreflex** (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)  
(Dorsalflexion Fuss bei Widerstand gegen Beinflexionsmuster)

**Confusion Test** (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)  
(Knieextension mit Widerstand)

**Fuss Dorsalextension** (0 normal, +, ++ beeinträchtigt)

R	L

## 7. Anderes/Fragen/Anmerkungen des/r TherapeutenIn, BetreuerIn

---



---



---



---



---

Unterschrift TherapeutIn/BetreuerIn: \_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Anhang für Punkt 9 und Punkt 10

Tardieu-Skala		
Dynamisches Bewegungsausmass		Qualität der muskulären Reaktion
	(ROM)	Winkel
R2	Langsames passives Bewegungsausmass (ROM) oder Muskellänge	
R1	Schnelle Bewegungsgeschwindigkeit im gesamten Bewegungsausmass	
0 = Kein Widerstand im gesamten passiven Bewegungsausmass 1 = Geringer Widerstand im gesamten passiven Bewegungsausmass, kein eindeutiger Anschlag bei einem bestimmten Winkel 2 = Eindeutiger Anschlag bei einem bestimmten Winkel, der die passive Bewegung unterbricht, gefolgt von Nachlassen 3 = Erschöpflicher Klonus (<10s bei anhaltendem Druck) bei einem bestimmten Winkel 4 = Unerschöpflicher Klonus (>10s bei anhaltendem Druck) bei einem bestimmten Winkel 5 = Fixiertes Gelenk		
Quelle: BOYD RN, GRAHAM, HK: Objective measurements of clinical findings in the use of botulinum toxin type A for the management of children with cerebral palsy. European Journal of Neurology 6(4), 1999		

Modified Ashworth Scale (MAS)	
0	Keine Tonuserhöhung
1	leichte Erhöhung des Muskeltonus
2	leichte Erhöhung des Muskeltonus, feststellbar durch ein Klappmesser Phänomen und eine minimale Widerstandserhöhung in weniger als der Hälfte des Bewegungsumfangs
3	deutliche Erhöhung des Muskeltonus während des ganzen Bewegungsumfangs, die betroffene(n) Extremität(en) kann (können) aber leicht bewegt werden
4	Starke Tonuserhöhung während ganzem Bewegungsumfang der passiven Gelenksbewegung
5	Passive Gelenksbewegung wegen massiver Tonuserhöhung nicht möglich
Quelle: BOHANNON, RW, SMITH, MB: Interrater Reliability of a modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. Physical Therapy 67: 206-207, 1987	