

# ERFASSUNGSBOGEN

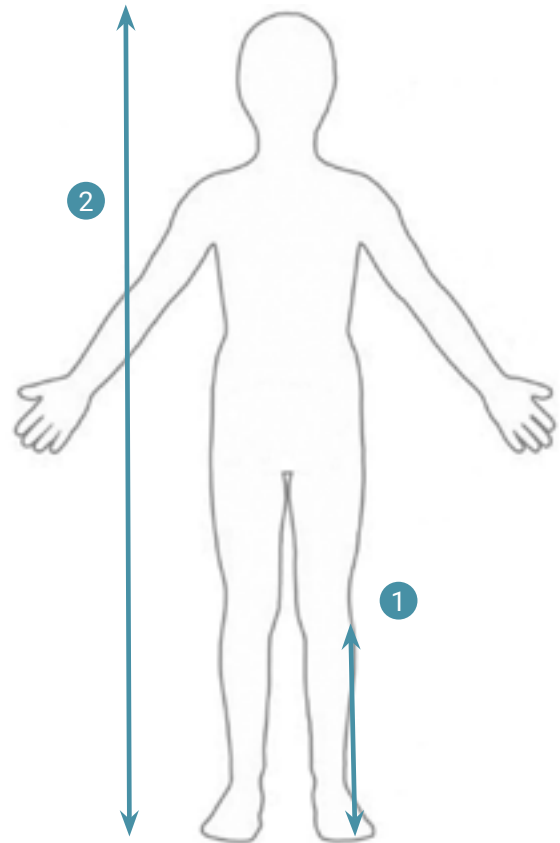
INNOWALK PRO

<b>NAME DES/DER NUTZERIN</b>		<b>DATUM DER ERFASSUNG</b>	
------------------------------	--	----------------------------	--

<b>PHYSIOTHERAPEUTIN</b>	
--------------------------	--

MESSUNGEN		
<b>Messung 1</b> UNTERSCHENKEL (CM)  (SCHUHSOHL E BIS MITTE KNIEGELENK)		cm
<b>Messung 2</b> HÖHE (CM)		cm

<b>Diagnose</b>	
<b>Relevante Vorgeschichte</b>	
<b>Orthesen</b>	
<b>Andere Ausstattung</b>	



**HINWEIS**  
ALLE MESSUNGEN SOLLTEN MIT SCHUHEN DURCHFÜHRT WERDEN

CHECKLISTE	BEMERKUNGEN / ACTION		
<b>Anfälle</b>			
<b>Bekannte niedrige Knochendichte</b>			
<b>Sensorische Beeinträchtigungen</b>			
<b>Beinlängendifferenz</b>	KÜRZERE SEITE: RECHTS	LINKS	UNTERSCHIED IN CM _____
<b>Kommunikationshilfen</b>			

# INDIVIDUELLE EINSTELLUNGEN

INNOWALK PRO M		INNOWALK PRO L		
NAME DES/DER NUTZERIN		DATUM DER ERFASSUNG		
PHYSIOTHERAPEUTIN				
SITZ		BEMERKUNGEN		
SITZHÖHE				
SITZTIEFE				
SPASTIKKONTROLLE (SKALA 0-6)				
NEIGUNGSWINKEL				
BRUSTPELOTTE	LINKS	RECHTS	BEMERKUNGEN	
HÖHE				
BREITE				
BEINPELOTTE	LINKS	RECHTS	BEMERKUNGEN	
POSITION DER FUSSPLATTEN				
BREITE DER FUSSPLATTEN				
HÖHE BEINPELOTTE				
ÜBERSTRECKUNGSSCHUTZ IN BENUTZUNG	Ja	Nein	Ja	Nein
SOHLE ZUM AUSGLEICH DER BEINLÄNGENDIFFERENZ IN BENUTZUNG	Ja	Nein	Ja	Nein
FÜHRUNGSBAND		BEMERKUNGEN		
SPANNUNG AUF DEM FÜHRUNGSBAND				
ANZAHL DER SCHLAUFEN AM FÜHRUNGSBAND				
HÜFTPELOTTE		BEMERKUNGEN		
	LINKS	RECHTS		
HÖHE HÜFTPELOTTE				
BREITE HÜFTPELOTTE				
ZUBEHÖR			BEMERKUNGEN	
SCHULTERGRURTE	Ja	Nein		
THERAPIETISCH	Ja	Nein		
NACKENSTÜTZE	Ja	Nein		
ARMPENDEL	Ja	Nein		
FIXIERUNGSHANDSCHUHE	Ja	Nein		
TRAINING	BEMERKUNGEN			
DAUER				
ZEIT/EINHEIT				
ZEIT/WOCHE				
MIN./MAX. GESCHWINDIGKEIT				