

Kinaesthetics Bewegungsanalyse

Seite 1

Erhebungsdatum:

Name:

Alter:

Bewegungskompetenzen:

re.	li.	Die Klientin kann:
		Kopf zielgerichtet bewegen
		Arm zielgerichtet bewegen
		Bein zielgerichtet bewegen
		Hand zielgerichtet bewegen
		Brustkorb drehen nach.....
		Becken drehen nach.....
		Becken anheben
		im Bett seitwärts bewegen nach.....
		Drehen im Bett nach.....
		Kopfwärtsbewegen im Bett
		Gewicht auf Bein Übernehmen im sitzen
		Gewicht auf Bein Übernehmen im stehen
		Gewicht auf den Arm übernehmen
		Gewicht über den Ellenbogen übernehmen
mit	ohne	Hilfsmittel/welche?
		Hilfsmittel..... Oberkörper aufrichten
		Bodenkontakt mit.....frei sitzen
		Hilfsmittelstehen
		Hilfsmittelngehen
		Hilfe aufstehen

Hierarchie der Kompetenzen

Grundpositionen

- Rückenlage
- Bauchlage-Ellenbogenstütz
- Schneidersitz
- Handkniestand
- Einbeinkniestand
- Einbeinstand
- Zweibeinstand

Fortbewegungsaktivität

Bewegungsaktivität am Ort:

Wie viele Std.im Bett _____ STD.

Wie viele Std.in der Sitzposition _____ STD.

Motivation zur Mobilität?

Kommunizieren/Orientierung

	gut	mäßig	schlecht
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel :	Brille <input type="checkbox"/>		Hörgerät <input type="checkbox"/>

Bewegungsmuster:

- spiralig
- parallel
- hoch
- niedrig
- fortlaufend angepasst

Anstrengung

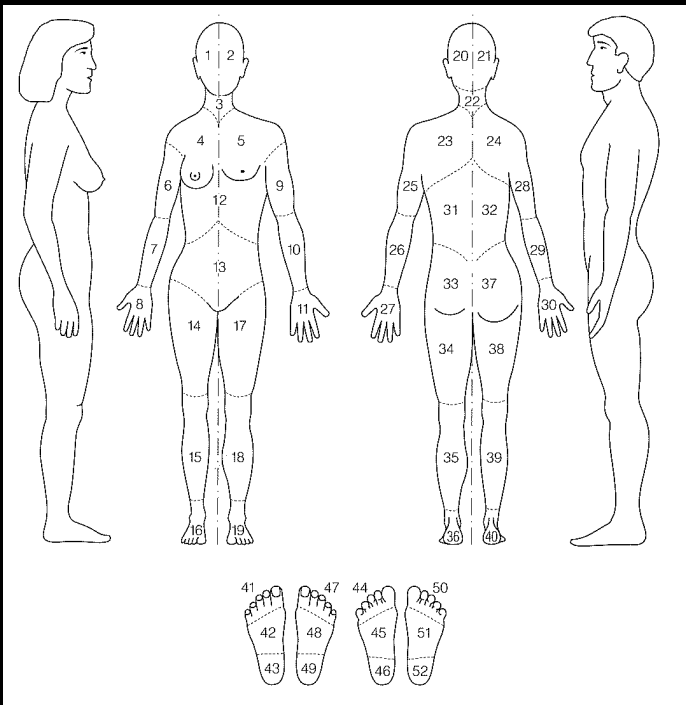
- hoch
- niedrig
- fortlaufend angepasst

Bewegungskontrolle:

Kinaesthetics Bewegungsanalyse

Seite 2

Lokalisation der Einflussfaktoren 1 - 10



Einflussfaktoren hier notieren:(farblich)

1. Lähmung
2. Kontrakturen
3. Schmerzen
4. Spastizität
5. Dekubitus
6. Verletzung
7. Sensibilitätsstörung
8. Schwellung / Ödeme
10. Amputation

Assessments liegen vor für:

Umgebungsfaktoren/ Hilfsmittel

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> E-Bett | <input type="checkbox"/> Bettgitter | <input type="checkbox"/> Bett manuell |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl manuell | <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl | |
| <input type="checkbox"/> Badelifter | <input type="checkbox"/> Badebrett | |
| <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> Gehhilfe | |
| <input type="checkbox"/> Patientenlift | <input type="checkbox"/> Umsetzhilfe (Gehbrett) | |
| <input type="checkbox"/> Gleitfolie | | |
| <input type="checkbox"/> Rollator | | |
| <input type="checkbox"/> Fußbank | | |
| <input type="checkbox"/> Bloc | | |
| <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | | |

Evaluation Datum:

Anregungen/ Ideen Datum: