

# 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
		Hilfsmittel .....stehen
		Hilfsmitteln .....gehen
		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:

spiralg  parallel

## Anstrengung

hoch  niedrig

## Bewegungskontrolle:

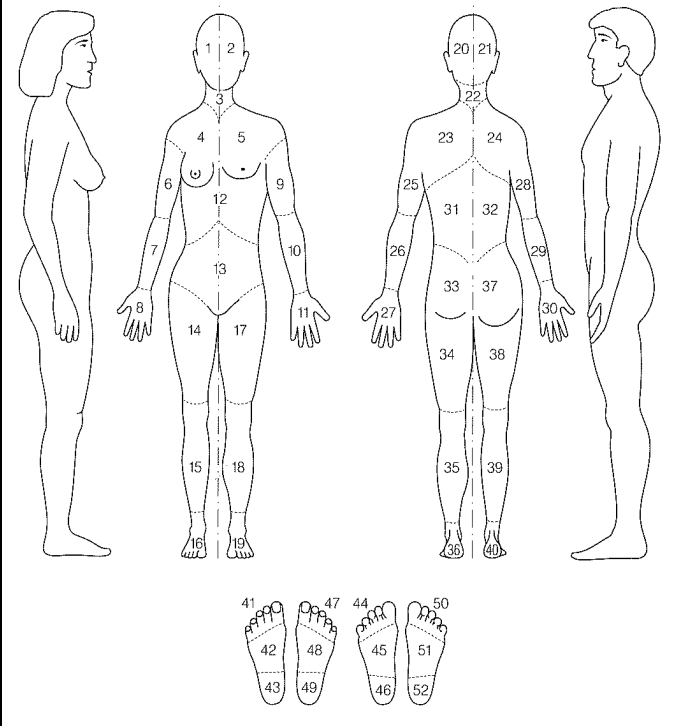
hoch  niedrig  fortlaufend angepasst

fortlaufend angepasst

# 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

- |                     |                          |                |
|---------------------|--------------------------|----------------|
| o E-Bett            | o Bettgitter             | o Bett manuell |
| o Rollstuhl manuell | o E-Rollstuhl            |                |
| o Badelifter        | o Badebrett              |                |
| o Gehhilfe          |                          |                |
| o Patientenlift     | o Umsetzhilfe (Gehbrett) |                |
| o Gleitfolie        |                          |                |
| o Rollator          |                          |                |
| o Fußbank           |                          |                |
| o Bloc              |                          |                |
| o Nachtstuhl        |                          |                |

## Evaluation Datum:

## Anregungen/ Ideen Datum: