

ERPROBUNGSBERICHT

THERA-TRAINER – CYCLING

Patientenstammdaten:

Vor- & Zuname: Geburtsdatum:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Oben genannte Person hat den THERA-Trainer kennengelernt und unter therapeutischer Anleitung erfolgreich erprobt. Er/Sie ist motiviert, das Training zu Hause fortzusetzen und ist mit der Handhabung des THERA-Trainers vertraut. **Der behandelnde Therapeut und die Angehörigen befürworten das Training mit dem THERA-Trainer. Während der gesamten Erprobungsphase sind keine unerwünschten Nebenwirkungen aufgetreten.**

Es liegt eine neurologische bzw. neuromuskuläre Erkrankung mit folgenden Einschränkungen vor:

Funktions- ebene	Muskelkraft	vermindert	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
	Bewegung/ Koordination	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
		fehlend	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
	Spastik (einschießend)	vorhanden	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)
	Steifigkeit (Rigor)	vorhanden	<input type="checkbox"/>	Bein (r.)	<input type="checkbox"/>	Bein (l.)	<input type="checkbox"/>	Arm (r.)	<input type="checkbox"/>	Arm (l.)

Aktivitäts- ebene	Rumpfstabilität	<input type="checkbox"/>	freier Sitz								
		<input type="checkbox"/>	kein freier Sitz								
	Stehen	<input type="checkbox"/>	nicht stehfähig								
		<input type="checkbox"/>	mit Hilfe								
	Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	Nein								
		<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="text"/>	Meter	<input type="text"/>	mit Begleitperson				
		<input type="checkbox"/>	mit Hilfsmittel: <input type="text"/>								
		<input type="checkbox"/>	erhöhte Sturzneigung								
		<input type="checkbox"/>	durch Spastik beeinträchtigt								
	Rollstuhl- abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	vollständig								
<input type="checkbox"/>		teilweise									

Ziele (Funktionsebene):

<input type="checkbox"/>	Aktivierung und Erhalt der (Rest-)Muskelkraft
<input type="checkbox"/>	Ausgleich von rechts/links Defiziten
<input type="checkbox"/>	Verbesserung der Koordination
<input type="checkbox"/>	Verminderung von Spastik und Steifigkeit (Rigor)
<input type="checkbox"/>	Erhalt/ Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit
<input type="checkbox"/>	Verbesserung von Kreislauf und Stoffwechselfähigkeit
<input type="checkbox"/>	Förderung der Durchblutung (Thromboseprophylaxe)
<input type="checkbox"/>	Minderung von Wassereinlagerungen (Ödeme)
<input type="checkbox"/>	Reduzierung von Medikamenten und Nebenwirkungen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: <input type="text"/>

Ziele (Aktivitätsebene):

<input type="checkbox"/>	Erhalt/Verbesserung der Rumpfstabilität
<input type="checkbox"/>	Erhalt und Förderung der eigenen Mobilität
<input type="checkbox"/>	Verbesserung selbstständiger Transfers
<input type="checkbox"/>	Förderung der Steh-/Gehfähigkeit
<input type="checkbox"/>	Reduktion der Sturzgefahr
<input type="checkbox"/>	Stärkung phys. und psych. Belastbarkeit
<input type="checkbox"/>	Förderung der Alltagskompetenz (ADL)
<input type="checkbox"/>	Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: <input type="text"/>

Erprobungsort:

- zu Hause
- Klinik
- Praxis

(Adresse, falls nötig)

Erprobungszeitraum: von bis

Trainingseinheiten: pro Woche à ca.

Eingebundener Fachhändler:

Bedienung des THERA-Trainers:

- selbständig
- mit Hilfe durch Angehörige, Therapie, Pflege gewährleistet

Art des Trainings:

- Der Motor bewegt die betroffenen Extremitäten (passiv).
- Der Motor unterstützt die betroffenen Extremitäten (assistiv).

Art und Umfang der ambulanten Therapie (falls bekannt):

- Physiotherapie an: Tagen/Wochen à Min./Einheit
- Ergotherapie an: Tagen/Wochen à Min./Einheit

Durch den Einsatz des Bewegungstrainers ist die Erhöhung der Therapie nicht notwendig.

Ergänzende Angaben des Therapeuten:

Datum

Unterschrift Therapeut

Ergänzende Angaben des Patienten:

Ich empfand das THERA-Training während der Erprobung sehr hilfreich und stärkend. Das THERA-Training regelmäßig zu Hause weiterführen zu können, ist mir sehr wichtig.

Datum

Unterschrift Patient/ ggf. gesetzlicher Vertreter