

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		Persönliche Daten	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

**PHYSIOTHERAPEUTISCHES ASSESSMENT
BEI
MUKOVISZIDOSE**

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Adresse:	_____	
Tel.:	_____	e-mail: _____
Größe: ____ , ____ m	Gewicht: ____ kg	BMI: ____ kg / m ²
KiTa / Kindergarten seit ____ . Lebensjahr	Grundschule: ____ . Klasse	
Hobbies/Sport:	_____	____ / Woche
Geschwister/Eltern:	_____	CF-betroffen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
häusliche Situation:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern wohnend	<input type="checkbox"/> bei _____

Ärzte/Therapeuten	Name	Adresse
Haus-, Kinderarzt		
Facharzt		
Ambulanz		
Physiotherapie		

Weiteres therapeutisches Umfeld*:	_____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		Anamnese	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Erstdiagnose wann / wo?: _____

Lungenbefunde, seit wann: _____

LuFu vom _____ FEV₁: ____ % Soll

Monitoring Hf ____ /Min sO₂ ____ %

LTx gelistet nein ja, seit _____ in _____ Status: _____

Z.n. LTx? nein ja, am _____ in _____

letzter KH-Aufenthalt: _____ Klinik: _____

letzter Reha-/Kuraufenthalt: _____ Klinik: _____

Weitere Befunde

Diabetes mellitus Pankreasinsuffizienz Obstipation

Z.n. Ileus Z.n. DIOS Durchfälle

Z.n. Mekoniumileus Asthma bronchiale Z.n. Pneumothorax

pulmonale Hypertonie Hämoptysen Hämoptoe

NNH-Polypen chron. Sinusitis

Z.n. Anus praeter-Anlage Rückverlegung geplant: _____

Operationen: _____

Allergien: _____ _____

Keimbeseidlung

keine Letzter Abstrich/Sputumkontrolle: _____

Pseudomonas a. Staphylococcus aureus Stenotrophomonas maltophilia

MRSA / ORSA Burkholderia _____ Mykobakterien

ESBL multiresistenter Pseudomonas

ABPA Pilze: _____ _____

Therapie

Nasenspülung ____ x / Tag NaCl-Konz.: _____

Physiotherapie ____ x / Woche Therapieform: _____

Eigenübungen ____ x / Woche Was: _____

Inhalation ____ x / Tag

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Anamnese	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Orale Medikamente	Dosis

i.V.-Medikamente	Dosis

Inhalative Medikamente	Feuchtinh., DA*,DPI*	wie oft pro Tag	Mischung mit

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Erster Eindruck / Inspektion	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

AZ	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> stark reduziert
EZ	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch
		<input type="checkbox"/> übergewichtig	<input type="checkbox"/> adipös

Haut allgemein	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> marmoriert	<input type="checkbox"/> zyanotisch	<input type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> dystroph
	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> schwitzig	<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> schuppig	<input type="checkbox"/> ödematös
					<input type="checkbox"/> _____	
Gesicht	<input type="checkbox"/> entspannt	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> angespannt	<input type="checkbox"/> gequält	<input type="checkbox"/> Lippen zyanotisch	<input type="checkbox"/> Mund-Nase-Dreieck
	<input type="checkbox"/> Halsvenenstau				<input type="checkbox"/> _____	
Extremitäten	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ödematös	<input type="checkbox"/> dystroph	<input type="checkbox"/> Trommelschlegelfinger	<input type="checkbox"/> Uhrglasnägel	
	<input type="checkbox"/> _____					
Muskelrelief	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> untrainiert	<input type="checkbox"/> trainiert	<input type="checkbox"/> hypotroph	<input type="checkbox"/> hypertroph	

Verhalten	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> hektisch	<input type="checkbox"/> zappelig
	<input type="checkbox"/> lässt sich schnell ablenken	<input type="checkbox"/> motiviert	<input type="checkbox"/> interessiert	
	<input type="checkbox"/> gleichgültig	<input type="checkbox"/> unkonzentriert/abgelenkt		
	<input type="checkbox"/> schreit	<input type="checkbox"/> Schreikind	<input type="checkbox"/> _____	

Besondere Auffälligkeiten:	_____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Atembefund	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Atemmodalitäten bitte in diesen Feldern quantifizieren, z.B. oder
von + bis +++ und von – bis - - -.

ASTE: _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe
Lagerung*: _____	<input type="checkbox"/> unter Belastung*: _____

Thoraxform	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Fassthorax	<input type="checkbox"/> Glockenthorax	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Trichterbrust	<input type="checkbox"/> Kielbrust	<input type="checkbox"/> birnenförmiger Thorax	
Atemqualität	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nasenflügelatmung	<input type="checkbox"/> Lippenbremse	
	<input type="checkbox"/> anstoßende AA	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> _____	
Atemgeräusche	bei Inspiration	<input type="checkbox"/> Giemen	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Rasseln	<input type="checkbox"/> Brummen	
	bei Expiration	<input type="checkbox"/> Giemen	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Rasseln	<input type="checkbox"/> Brummen	
Atemweg	<input type="checkbox"/> Nase / Nase	<input type="checkbox"/> Nase / Mund	<input type="checkbox"/> Mund / Mund	
Atemtyp/ -richtung	<input type="checkbox"/> sternal	<input type="checkbox"/> costosternal	<input type="checkbox"/> costolateral	
	<input type="checkbox"/> abdominal ventral	<input type="checkbox"/> abdominal lateral	<input type="checkbox"/> dorsal	
	<input type="checkbox"/> Vollatmung*	<input type="checkbox"/> paradox*	<input type="checkbox"/> resp. Alternanz*	
	<input type="checkbox"/> _____			
Atembewegung	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> Nachschleppen der:	<input type="checkbox"/> linken	<input type="checkbox"/> rechten Seite
Atemlage	<input type="checkbox"/> physiologisch	<input type="checkbox"/> inspiratorisch	<input type="checkbox"/> expiratorisch	<input type="text"/>
Atemfrequenz*:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Bradypnoe	<input type="text"/>
Atempausen	<input type="checkbox"/> endinspiratorisch	<input type="checkbox"/> endexpiratorisch		
Einziehungen	<input type="checkbox"/> jugular	<input type="checkbox"/> costal _____		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> _____			

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Atembefund	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Atemhilfsmuskeleinsatz	Inspiration*	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="text"/>

	Expiration*	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="text"/>

Stimme	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> nasal	<input type="checkbox"/> heiser	
	<input type="checkbox"/> gepresst	<input type="checkbox"/> monoton	<input type="checkbox"/> belegt	
Sprache	<input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> deutlich	
	<input type="checkbox"/> abgehackt	<input type="checkbox"/> schnell	<input type="checkbox"/> undeutlich	
	<input type="checkbox"/> mit Räuspern			
Schreien	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> zaghaft	<input type="checkbox"/> kräftig	
	<input type="checkbox"/> wimmernd	<input type="checkbox"/> ausdauernd	<input type="checkbox"/> leise	
Ergänzungen:	_____			

Videoaufzeichnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, was wurde gefilmt:	_____		

Wenn ja, Video-/Dateiname:	_____		
Ort der Lagerung/Speicherung:	_____		

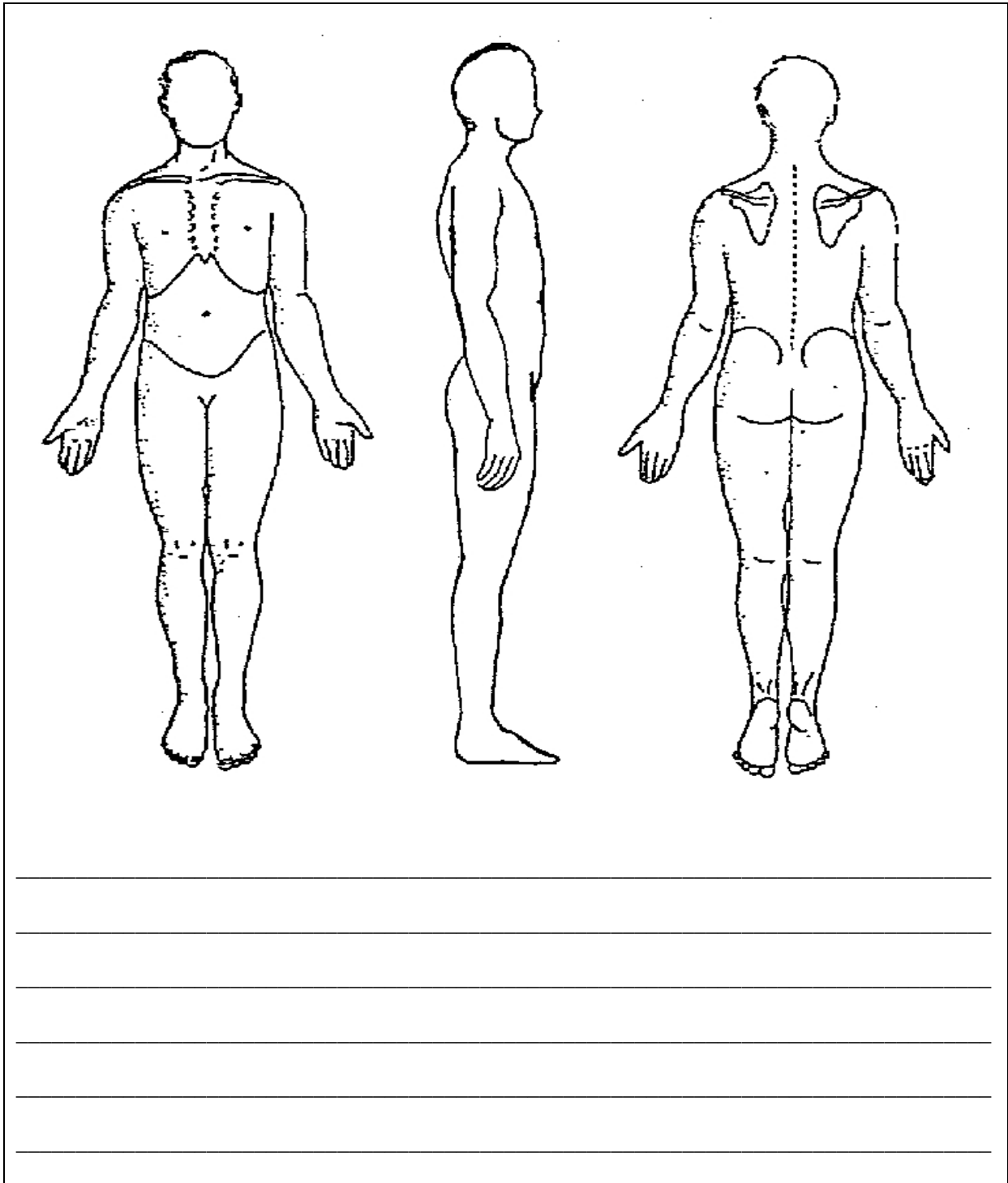
Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Husten / Sputum	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Husten			
Wann	<input type="checkbox"/> in Ruhe	<input type="checkbox"/> bei Sekretbelastung	
	<input type="checkbox"/> in Bewegung	<input type="checkbox"/> beim Sport: _____	
	<input type="checkbox"/> bei Streß	<input type="checkbox"/> bei Aufregung	
	<input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Trinken
	<input type="checkbox"/> beim Inhalieren	<input type="checkbox"/> Reizhusten	
	<input type="checkbox"/> beim Schreien	<input type="checkbox"/> nach dem Schreien	
	<input type="checkbox"/> _____		
Wieviel	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> mehrere „Huster“	<input type="checkbox"/> Hustenattacke
Wie	<input type="checkbox"/> produktiv	<input type="checkbox"/> unproduktiv	
	<input type="checkbox"/> Räuspern	<input type="checkbox"/> Reizhusten	

Sputum					
Farbe:	<input type="checkbox"/> weiß	<input type="checkbox"/> gelb	<input type="checkbox"/> grün	<input type="checkbox"/> braun	<input type="checkbox"/> grau
	<input type="checkbox"/> schwarz	<input type="checkbox"/> rot			
Konsistenz:	<input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> zäh	<input type="checkbox"/> klumpig	<input type="checkbox"/> schaumig	<input type="checkbox"/> klebrig
Menge:	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> viel		
Blut	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> altes Blut	<input type="checkbox"/> frisches Blut		
Menge	<input type="checkbox"/> Teelöffel	<input type="checkbox"/> Esslöffel	<input type="checkbox"/> Becher		
	<input type="checkbox"/> bodenbedeckend	<input type="checkbox"/> _____			


Ergänzungen: _____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Körperskizze 1	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:



Legende

Haltungsstatus: einzeichnen

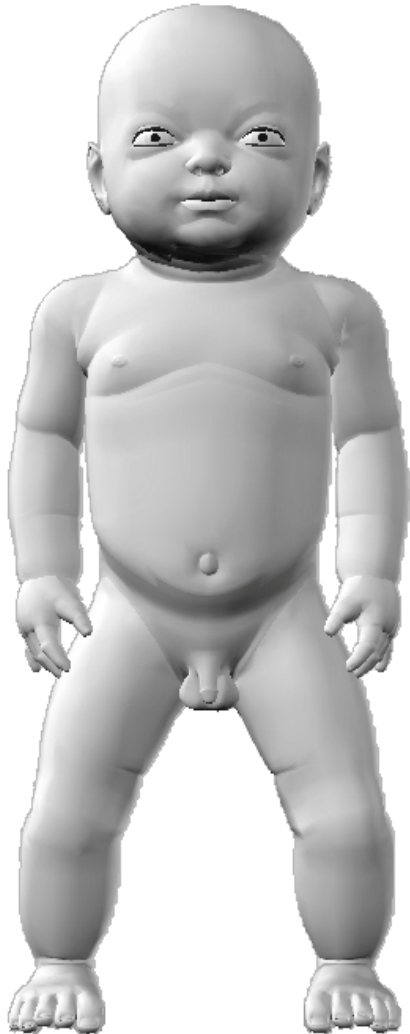
Schmerzen:  evt. mit Schmerzskala 0 – 10

Narben: Lage und Länge einzeichnen +++++

Muskelverspannungen: +, ++, +++

Faszienverklebungen: o o o o o

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Körperskizze 2	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:




Legende

Haltungstatus: einzeichnen

Narben: Lage und Länge einzeichnen +++++

Faszienverklebungen: o o o o o

Schmerzen:  evt. mit Schmerzskala 0 – 10

Muskelverspannungen: +, +, +, +, +

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Funktionsbefund	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Beweglichkeit

Kraft

Koordination

Gleichgewicht

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Sensomotorik	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Alter: ___ Monate	Bei Frühgeburtlichkeit korrigiert: ___ Monate
-------------------	-----------------------------------------------

RL	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> asymmetrisch	<input type="checkbox"/> Seitenbevorzugung	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
BL	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> asymmetrisch	<input type="checkbox"/> Seitenbevorzugung	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Kopf in Reklination	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Grund:	<input type="checkbox"/> als Atem erleichterung	<input type="checkbox"/> Blockade	<input type="checkbox"/> _____
Tonus	Arme	<input type="checkbox"/> normoton	<input type="checkbox"/> hypoton	<input type="checkbox"/> hyperton	
	Beine	<input type="checkbox"/> normoton	<input type="checkbox"/> hypoton	<input type="checkbox"/> hyperton	
	Rumpf	<input type="checkbox"/> normoton	<input type="checkbox"/> hypoton	<input type="checkbox"/> hyperton	
<input type="checkbox"/> Hand-Mund-Kontakt		<input type="checkbox"/> Hand-Hand-Kontakt	<input type="checkbox"/> Hand-Auge-Kontakt	<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Kontakt	

Nimmt Kontakt auf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Lächelt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Fixiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Verfolgt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

<input type="checkbox"/> UA-Stütz		
<input type="checkbox"/> Handstütz		
<input type="checkbox"/> Drehen	über links	über rechts
<input type="checkbox"/> Vierfüßler		
<input type="checkbox"/> Zwergensitz	links	rechts
<input type="checkbox"/> Sitz		
<input type="checkbox"/> Stand		
<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> an Gegenständen entlang	<input type="checkbox"/> an der Hand <input type="checkbox"/> frei

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Sensomotorik	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Fortbewegung

- Drehen Rollen Robben Krabbeln Gehen
 Laufen Hüpfen Hüpfen einbeinig links Hüpfen einbeinig rechts

Hilfsmittel zur Fortbewegung

- Bobbycar Lauflernwagen kleiner Roller Dreirad Wutsch/Laufrad
 Fahrrad Rollstuhl Rollator _____

Sonstiges / Bemerkungen:

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose		Belastbarkeit	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

MRC-Dyspnoeskala
<input type="checkbox"/> 0 nie Atemnot, außer bei starker Anstrengung
<input type="checkbox"/> 1 Atemnot beim schnellen Gehen, Treppensteigen oder Bergaufgehen
<input type="checkbox"/> 2 Atemnot beim Gehen in der Ebene
<input type="checkbox"/> 3 Pat. muß nach 100 m wegen Atemnot anhalten
<input type="checkbox"/> 4 Atemnot beim An- und Ausziehen; zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen

Kindergartenturnen	<input type="checkbox"/> nein, Begründung: _____
	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> mit Einschränkung: _____
Schulsport	<input type="checkbox"/> nein, Begründung: _____
	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> mit Einschränkung: _____
Eltern-Kind-Turnen	<input type="checkbox"/> nein, Begründung: _____
	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> mit Einschränkung: _____
Babyschwimmen	<input type="checkbox"/> nein, Begründung: _____
	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> mit Einschränkung: _____
Andere Angebote:	<input type="checkbox"/> nein, Begründung: _____
_____	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> mit Einschränkung: _____
Sport:	<input type="checkbox"/> nein, Begründung: _____
	<input type="checkbox"/> ja Sportart: _____
	Dauer: _____ x/ Woche
	Bei Mannschaftssportart: Position: _____
Ergänzungen:	_____

Modifizierte Borg-Skala Belastung* / Atemnot		
0		Keine
0,5		Sehr sehr leichte
1		Sehr leichte
2		Leichte
3		Mäßige
4		Etwas schwere
5		Mittel schwere
6		Schwere
7		Sehr schwere
8		Sehr sehr schwere
9		Fast maximale
10		Maximale

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose		Zusammenfassung Beurteilung	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Hauptproblem aus Sicht des Patienten:

Hauptproblem aus Sicht der Eltern / Bezugspersonen / therapeut. Umfeld:

Klinische Problematik und Hauptproblem, wesentliche Befundpunkte (aus Sicht des Therapeuten):

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose		Zusammenfassung Beurteilung	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Gemeinsame Einschätzung in Bezug auf Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Partizipation:

Umweltfaktoren:

Barrierefaktoren

Förderfaktoren

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Personenbezogene Faktoren:

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Ziele	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Zielformulierung durch den Patienten

Erwartungen des Patienten an die Physiotherapie

Zielformulierung durch die Eltern / Bezugspersonen / therapeut. Umfeld:

Erwartungen der Eltern / Bezugspersonen / therapeut. Umfeld:

Zielformulierung durch den Therapeuten:

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		Ziele	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Gemeinsame Zielformulierung:

- Schwerpunkte:
- Verbessern / Erhalten der Belüftung
 - Verbessern / Erhalten der Thoraxbeweglichkeit
 - Verbesserung des Sekrettransportes
 - Verbesserung der kardio-pulmonalen Belastbarkeit
 - Verbesserung / Erhalten der ADL
 - Verbesserung der Haltung
 - Verbesserung / Erhalten der Körperwahrnehmung / Atemwahrnehmung
 - Schmerzlinderung
 - _____
 - _____

Adherence* des Patienten: _____

Adherence* des therapeutischen Umfelds: _____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Kinder	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Fragen des CFQ für Kinder

Diese Fragen beziehen sich nur auf die letzten zwei Wochen

1. Du konntest so schnell gehen wie die anderen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

2. Du konntest so schnell Treppen steigen wie die anderen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

3. Du konntest so rennen, springen und klettern wie Du Lust hattest ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

4. Du konntest so schnell und so lange rennen wie die anderen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

**5. Du konntest jeden Sport machen, zu dem Du Lust hattest,
wie z.B. Schwimmen, Fußball, Tanzen... ^(r)**

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

**6. Dir fiel es schwer, schwere Gegenstände aufzuheben und zu tragen,
wie z.B. Deine Kindergarten-/Schultasche oder einen Rucksack**

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Kinder	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

7. Du warst müde

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

8. Du warst schnell aufgeregt

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

9. Du hattest schlechte Laune

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

10. Du hast Dich ängstlich gefühlt oder Dir Sorgen gemacht

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

11. Du warst traurig

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

12. Du hattest Schwierigkeiten beim Einschlafen

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

13. Du hattest schlechte Träume oder Alpträume

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Kinder	Seite 3
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

14. Du hast Dich wohl gefühlt ^(r)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

15. Du hattest Schwierigkeiten zu Essen

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

16. Du musstest wegen der Atemtherapie oder Inhalation das Spielen unterbrechen

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

17. Du musstest zum Essen überredet werden

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Kinder	Seite 4
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

18. Du warst in der Lage alle Behandlungen durchzuführen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

19. Du hast gerne gegessen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

20. Du warst häufig mit Freundinnen oder Freunden zusammen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

21. Du hast mehr Zeit als Dir lieb ist zu Hause verbracht

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

**22. Du hast gerne woanders als zu Hause übernachtet
(z.B. bei einem Freund, einer Freundin oder Verwandten) ^(r)**

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

23. Du hast Dich ausgeschlossen gefühlt

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

24. Du hast oft Freunde zu Dir nach Hause eingeladen ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Kinder	Seite 5
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

25. Du wurdest oft von anderen Kindern geärgert

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

26. Du hast gerne mit anderen über Deine Krankheit geredet ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

27. Du fandest Dich zu klein

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

28. Du fandest Dich zu dünn

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

29. Du fandest, dass Du körperlich anders bist als die anderen Kinder

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

30. Die Atemtherapie und das Inhalieren gingen Dir auf die Nerven

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		CFQ Kinder	Seite 6
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

31. Du hast tagsüber gehustet

- immer
 oft
 manchmal
 nie

32. Du bist nachts vom Husten aufgewacht

- immer
 oft
 manchmal
 nie

33. Du hattest Auswurf

- immer
 oft
 manchmal
 nie

34. Du hattest Schwierigkeiten beim Atmen

- immer
 oft
 manchmal
 nie

35. Du hattest Bauchweh

- immer
 oft
 manchmal
 nie

Welche Fragen haben Dir gefehlt und welche hast Du nicht verstanden?

Danke für Deine Mitarbeit!

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Fragen des CFQ für Eltern

Diese Fragen beziehen sich nur auf die letzten zwei Wochen

Wie schwierig war es für Ihr Kind,

1. größere körperliche Anstrengungen wie z.B: Rennen oder Sport zu Unternehmen

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ziemlich schwierig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig schwierig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht schwierig |

2. genauso schnell zu gehen wie andere

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ziemlich schwierig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig schwierig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht schwierig |

3. die Treppen genauso schnell hinaufzusteigen wie andere

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ziemlich schwierig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig schwierig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht schwierig |

4. schwere Gegenstände aufzuheben und zu tragen

(z.B. Bücher, Kindergarten-/Schultasche, Rucksack)

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ziemlich schwierig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig schwierig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht schwierig |

5. mehrere Etagen hochzusteigen

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ziemlich schwierig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig schwierig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht schwierig |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

War Ihr Kind in den letzten zwei Wochen

6. fröhlich, heiter ^(r)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

7. besorgt / ängstlich

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

8. müde

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

9. leicht wütend

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

10. in guter Verfassung ^(r)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

11. schlecht gelaunt

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

12. voller Energie ^(r)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 3
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

13. Inwieweit ist Ihr Kind in den letzten zwei Wochen aus Gesundheitsgründen nicht oder mit Verspätung zum Kindergarten / zur Schule gegangen

- Es hat immer oder fast die ganze Zeit gefehlt
- Es hat nur einige Tage gefehlt
- Es hat nicht gefehlt, hat aber seine Anwesenheit in der Schule verkürzt (ist später gekommen / früher gegangen)
- Es gab weder Verspätungen noch Fehlzeiten in der Schule

14. Inwieweit hat Ihr Kind in den letzten zwei Wochen am Turn- / Sportunterricht teilgenommen

- Es nahm überhaupt nicht oder kaum teil
- Es hatte Schwierigkeiten oder hat weniger teilgenommen
- Es hatte Schwierigkeiten, hat aber genauso teilgenommen wie sonst
- Es hat ohne Schwierigkeiten teilgenommen

15. Inwieweit hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Gehen ^(r)

- Es geht lange, ohne zu ermüden
- Es geht lange, ermüdet jedoch
- Es geht nicht lange, weil es schnell ermüdet
- Es meidet Gehen wo immer es kann, weil es zu sehr ermüdet

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 4
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

16. Nach einer körperlichen Anstrengung erholt es sich schwer

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

17. Die Mahlzeiten sind ein Alptraum

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

18. Die Therapie stört es bei den Freizeitaktivitäten

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

19. Es findet sich zu klein für sein Alter

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

20. Es findet, dass es anders ist als andere

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

21. Es findet sich zu dünn

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

22. Es fühlt sich körperlich gut und hat den Eindruck, nicht krank zu sein^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 5
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

23. Es zieht sich zurück

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

24. Es lebt ein normales Leben ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

25. Es hat weniger Spaß mit seinen Freunden als sonst

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

26. Es hat Schwierigkeiten, sich mit anderen zu verstehen

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

27. Es hat Probleme sich zu konzentrieren

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

28. Es kommt gut im Kindergarten / in der Schule mit ^(r)

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

**29. Es ist nicht mehr so leistungsfähig im Kindergarten /
in der Schule wie sonst**

- | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stimmt genau | <input type="checkbox"/> stimmt eher |
| <input type="checkbox"/> stimmt eher nicht | <input type="checkbox"/> stimmt überhaupt nicht |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 6
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

30. Es verbringt viel Zeit mit der täglichen Therapie

- stimmt genau
 stimmt eher
 stimmt eher nicht
 stimmt überhaupt nicht

31. Wie stark fühlt sich Ihr Kind durch die tägliche Therapie (einschließlich Inhalieren und Krankengymnastik) belastet? ^(r)

- überhaupt nicht / ein wenig
 mäßig
 stark
 sehr stark

32. Wie schätzen Sie den derzeitigen Gesundheitszustand Ihres Kindes ein? ^(r)

- sehr gut
 eher gut
 eher schlecht
 sehr schlecht

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 - 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 7
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Symptomfragen

33. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten zuzunehmen?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

34. Hatte Ihr Kind verschleimte Atemwege?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

35. Hat Ihr Kind tagsüber gehustet?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

36. Hatte Ihr Kind Auswurf?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

37. Wie sah der Auswurf meistens aus? ^(r)

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> hell bis gelblich |
| <input type="checkbox"/> dunkel bis grünlich | <input type="checkbox"/> blutig |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht | |

38. Traten bei der Atmung Pfeifgeräusche auf?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 0 – 5 Jahre		CFQ Eltern	Seite 8
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

39. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Atmung?

- täglich

 oft
 manchmal

 nie

40. Ist Ihr Kind wegen des Hustens nachts aufgewacht?

- täglich

 oft
 manchmal

 nie

41. Hatte Ihr Kind Blähungen?

- täglich

 oft
 manchmal

 nie

42. Hatte Ihr Kind Durchfall?

- täglich

 oft
 manchmal

 nie

43. Hatte Ihr Kind Bauchschmerzen?

- täglich

 oft
 manchmal

 nie

44. Hatte Ihr Kind Essprobleme?

- täglich

 oft
 manchmal

 nie

Danke für Ihre Mitarbeit!