

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 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
Schule:	___ . Klasse	<input type="checkbox"/> Grundschule
	___ . Klasse	<input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule
Hobbies/Sport:	_____ / Woche	
Geschwister:	_____	CF-betroffen ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eltern:	_____	
Häusl. Situation:	<input type="checkbox"/> bei den Eltern wohnend	<input type="checkbox"/> bei _____
Mobilität	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> _____
Fortbewegung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Stock
	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> _____

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

Weiteres therapeutisches Umfeld*:	_____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 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

pulmonale Hypertonie Asthma bronchiale Z.n. Pneumothorax

Hämoptysen Hämoptoe NNH-Polypen

chron. Sinusitis Rauchen / Drogen

Allergien: _____ _____

Operationen: _____

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 6 – 13 Jahre		Anamnese	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Orale Medikamente	Dosis

i.V.-Medikamente	Dosis

Inhalative Medikamente	Feuchttinh., MDI*,DPI*	wie oft pro Tag	Mischung mit

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 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"/> gerötet	<input type="checkbox"/> dystroph
	<input type="checkbox"/> marmoriert	<input type="checkbox"/> zyanotisch	<input type="checkbox"/> schuppig	<input type="checkbox"/> ödematös
	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> schwitzig	<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> warm
			<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"/> gleichgültig
	<input type="checkbox"/> unkonzentriert/abgelenkt		<input type="checkbox"/> _____	

Besondere Auffälligkeiten:	_____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 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*: _____

Aktuelle körperl. Belastung (mod. Borg) <input type="text"/>	Aktuelle Atemnot (mod. Borg) <input type="text"/>
--	---

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"/> Dyspnoe	
	<input type="checkbox"/> anstoßende AA	<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 6 – 13 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			
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 6 – 13 Jahre		Husten / Sputum	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Husten

- Wann
- in Ruhe
 - in Bewegung
 - bei Streß
 - nachts
 - beim Inhalieren
 - _____
 - bei Sekretbelastung
 - beim Sport: _____
 - bei Aufregung
 - beim Essen
 - Reizhusten
 - beim Trinken
- Wieviel
- kurz
 - mehrere „Huster“
 - Hustenattacke
- Wie
- produktiv
 - unproduktiv
 - Reizhusten
 - Räuspern

Sputum

- Farbe:
- weiß
 - gelb
 - grün
 - braun
 - grau
 - schwarz
 - rot
- Konsistenz:
- flüssig
 - zäh
 - klumpig
 - schaumig
 - klebrig
- Menge:
- wenig
 - mäßig
 - viel
- Blut
- nein
 - ja
 - altes Blut
 - frisches Blut
- Menge
- Teelöffel
 - Esslöffel
 - Becher
 - bodenbedeckend
 - _____

Ergänzungen: _____


Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 Jahre		Körperskizze	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Legende

Haltungsstatus: einzeichnen

Narben: Lage und Länge einzeichnen +++++

Faszienverklebungen: o o o o o o

Schmerzen:  evt. mit Schmerzskala 0 – 10

Muskelverspannungen: +, ++, +++

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 Jahre		Funktionsbefund	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Motorische Entwicklung

- | | | | |
|-------------------|--|---|--------------------------------------|
| Laufen | <input type="checkbox"/> vorwärts | <input type="checkbox"/> rückwärts | |
| Einbeinstand | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | |
| Balancieren | <input type="checkbox"/> vorwärts | <input type="checkbox"/> rückwärts | |
| Hüpfen | <input type="checkbox"/> unipedal links | <input type="checkbox"/> unipedal rechts | <input type="checkbox"/> bipedal |
| Seilchen springen | <input type="checkbox"/> unipedal links | <input type="checkbox"/> unipedal rechts | <input type="checkbox"/> bipedal |
| Fangen | <input type="checkbox"/> sicher | <input type="checkbox"/> unsicher | <input type="checkbox"/> fängt nicht |
| Werfen | <input type="checkbox"/> einhändig links | <input type="checkbox"/> einhändig rechts | <input type="checkbox"/> beidhändig |

Hilfsmittel zur Fortbewegung

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> Skateboard | <input type="checkbox"/> Einrad | <input type="checkbox"/> Inline-Skates |
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> _____ |

Ergänzungen: _____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 Jahre		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

Allgemeine körperliche Aktivität: Klassifikation nach mod. BORG

	mod. Borg Belastung	mod. Borg Atemnot	
_____ Etagen Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____ m regelmäßige Gehstrecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____ km Fahrradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADL: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADL: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schulsport: nein, Begründung: _____
 ja: uneingeschränkt mit Einschränkung: _____

Sport: nein, Begründung: _____
 ja Sportart: _____
Dauer: _____ x/ Woche
Bei Mannschaftssportart: Position: _____

Rehasport: nein
 ja, _____ x / Woche

Andere Angebote: nein, Begründung: _____
_____ ja: uneingeschränkt mit Einschränkung: _____

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 6 – 13 Jahre		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 6 – 13 Jahre		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 6 – 13 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 an die Physiotherapie:

Zielformulierung durch den Therapeuten:

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 – 13 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 6 - 13 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 6 - 13 Jahre		CFQ Kinder	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

7. Du warst müde

- immer
 oft
 manchmal
 nie

8. Du warst schnell aufgeregt

- immer
 oft
 manchmal
 nie

9. Du hattest schlechte Laune

- immer
 oft
 manchmal
 nie

10. Du hast Dich ängstlich gefühlt oder Dir Sorgen gemacht

- immer
 oft
 manchmal
 nie

11. Du warst traurig

- immer
 oft
 manchmal
 nie

12. Du hattest Schwierigkeiten beim Einschlafen

- immer
 oft
 manchmal
 nie

13. Du hattest schlechte Träume oder Alpträume

- immer
 oft
 manchmal
 nie

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 6 - 13 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 6 - 13 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 6 - 13 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 6 - 13 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 6 - 13 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 6 – 13 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 6 – 13 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 6 - 13 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 6 - 13 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 6 - 13 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 6 - 13 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 6 – 13 Jahre		CFQ Eltern	Seite 8
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

39. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Atmung?

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

40. Ist Ihr Kind wegen des Hustens nachts aufgewacht?

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

41. Hatte Ihr Kind Blähungen?

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

42. Hatte Ihr Kind Durchfall?

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

43. Hatte Ihr Kind Bauchschmerzen?

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

44. Hatte Ihr Kind Essprobleme?

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

Danke für Ihre Mitarbeit!