

Zentrumsnummer:

Patientennummer:

8. Aktivitäten und häusliche Aufgaben

Kann Ihr Kind:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • in Auto, Bus oder Straßenbahn ein- u. aussteigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fahrrad fahren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, sein Bett machen, sein Zimmer aufräumen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • rennen und spielen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:

- Mein Kind benötigt keine Hilfsmittel

Mein Kind benötigt für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

1. Anziehen und Körperpflege: Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reißverschlusszieher, verlängerten Schuhlöffel
2. Aufstehen: Spezialstuhl oder erhöhten Stuhl
3. Essen und Trinken: besondere Hilfsmittel beim Essen u. Trinken, z.B. besonderes Besteck
4. Gehen: Gehstützen
 Therapieroller, -fahrrad
 Rollstuhl
5. Körperpflege: erhöhten Toilettensitz
 Badewannensitz
 Haltegriff an der Badewannenstange
6. Erreichen von Gegenständen: Geräte mit langen Stielen zum Erreichen bestimmter Gegenstände
7. Greifen: Geräte mit langen Stielen im Badezimmer
 Schraubverschluss-Öffner für Gläser (die schon vorher geöffnet waren)
 Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte

- andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten: _____

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Ihr Kind aufgrund seiner Erkrankung normalerweise Hilfe von anderen benötigt:

- keine fremde Hilfe erforderlich

Mein Kind benötigt Hilfe in folgenden Bereichen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anziehen, Körperpflege | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Greifen |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Aktivitäten und häusliche Aufgaben |
| <input type="checkbox"/> Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> Erreichen von Gegenständen | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte den ausgefüllten Bogen per Fax schicken an:
Fax: 0251 / 9330819

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Infliximab-Register der DOG Sektion Uveitis und der AgKJR Deutschland,
Prof. Dr. med. A. Heiligenhaus, Augenabteilung am St. Franziskus Hospital, Münster

Hier bitte Praxisstempel!