ÖSSUR®
LIFE WITHOUT LIMITATIONS

PROFILERHEBUNGSBOGEN



TEIL: 1 VORWORT

Liebe:r Anwender:in,

Deine optimale Versorgung liegt uns am Herzen! Um eine **gute Argumentation** gegenüber dem Kostenträger für Deine neue Prothesenversorgung zu erstellen, ist es notwendig, dass Du diesen Fragebogen so gewissenhaft und detailliert wie möglich ausfüllst.

Eine Behinderung ist nach dem Stand der Technik „auszugleichen“, **sofern Funktionsvorteile** vorliegen, d.h. erkennbar sind. Solltest Du mit der Testversorgung Funktionsvorteile für Dich erfahren haben, hilft Dir der Profilerhebungsbogen dabei, diese klar zu benennen.

Was kann ein Funktionsvorteil sein?

- Du benötigst anstatt zwei nur noch eine Unterarmgehstütze
- Du kannst statt 500 Meter nun 1000 Meter gehen
- Du fühlst dich sicher(er)
- Du bist weniger erschöpft
- Du kannst Aktivitäten ausüben, die Du vorher nicht (sicher) ausüben konntest
- Du verspürst mit der Testversorgung weniger Rücken-, Knie- oder Hüftschmerzen

Für die optimale Darstellung der Funktionsvorteile haben wir zusätzlich noch folgende Unterlagen zum Profilerhebungsbogen beigelegt (können optional vom Orthopädietechniker genutzt werden):

- Videoleitfaden
- Leistungstest
  - Mob 1-2: 2 Minuten-Geh-Test, Timed Up and Go Test
  - Mob 3-4: 6 Minuten-Geh-Test, L-Test

TEIL 2: STAMMDATEN SANITÄTSHAUS / ANWENDER:IN

ANGABEN ZUM SANITÄTSHAUS:

Name: _____ Kd.-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Zuständige:r Orthopädietechniker:in:

Name: _____ Vorname: _____

Telefon-Nr. mit Durchwahl: _____ E-Mail-Adresse: _____

Testversorgung von: _____ bis: _____

Testprodukt: ☐ Proprio Foot® ☐ Rheo Knee® ☐ Rheo Knee® XC

Hat Dich ein:e Össur-Mitarbeiter:in bei der Testversorgung unterstützt?

◯ Nein ◯ Ja

ANGABEN ZUM:R ANWENDER:IN

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Alter: _____ Wohnort: _____

Amputationsseite: ☐ Links ☐ Rechts Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Amputationshöhe: ◯ Transtibial ◯ Knieexartikulation ◯ Transfemoral ◯ Hüftexartikulation

Andere/weitere Amputationen: _____

Amputiert seit: _____ Derzeitiger Mobilitätsgrad: ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4

Kostenträger mit Zuständigkeitsbereich (z.B. AOK Bayern): _____

Amputationsgrund: ◯ Trauma ◯ pAVK ◯ Tumor ◯ Diabetes Mellitus
◯ Infektion ◯ Dysmelie ◯ Sonstiges: _____

Du bist: ◯ Rentner ◯ Berufstätig ◯ Arbeitslos ◯ Hausfrau/-mann

Du lebst: ◯ Allein ◯ Mit Partner:in

Betreust Du pflegebedürftige Personen?

◯ Ja ◯ Nein

Betreust Du Kinder/Enkelkinder?

◯ Ja ◯ Nein Wie viele? _____ Alter? _____

Wie wohnst Du?

◯ Haus ◯ Wohnung, Etage: _____

Beschreibe Dein Wohnumfeld: z.B.

◯ Bergig ◯ Flach ◯ Uneben

TEIL 3.: GRUND DER TESTVERSORGUNG

BEANTRAGT WIRD EINE:

◯ **Interimsversorgung**

◯ **Definitivversorgung** (nach Interimsphase)

Passteile in der Interimprothese:

Knie: _____ Hersteller: _____

Fuß: _____ Hersteller: _____

Es wurden folgende Knie-/Fußpass- und Funktionsteile während der Interimszeit ***getestet:***

1. Knie: _____ Hersteller: _____ Von _____ Bis _____

Fuß: _____ Hersteller: _____ Von _____ Bis _____

2. Knie: _____ Hersteller: _____ Von _____ Bis _____

Fuß: _____ Hersteller: _____ Von_____ Bis _____

◯ **Versorgungsverbesserung**

Was sind die Probleme der derzeitigen Prothesenversorgung? (z.B. Stürze oder beinahe Stürze)

_____

In welchen Situationen treten diese Probleme auf?

_____

_____

Alter der vorhandenen Prothese: _____

Name Kniegelenk: _____ Hersteller: _____

Name Fuß: _____ Hersteller: _____

◯ **Verschleiß/Defekt der vorhandenen Prothese**

_____

_____

In welchen Situationen wünschst Du Dir eine Verbesserung mit der Testversorgung im Vergleich zu Deiner bisherigen Versorgung? (Mehrfachantworten sind möglich)

☐ Auf ebenem Grund ☐ Auf unebenem Grund (z.B. Wiese, Kies) ☐ Auf Treppen

☐ Auf Schrägen ☐ Im hügeligen Gelände ☐ Mit dem Kind/den Kindern

☐ Mit dem Haustier ☐ Mit dem Auto ☐ Mit öffentlichen Verkehrsmitteln

☐ Mit dem Fahrrad ☐ Mit dem Haustier ☐ Mit dem Auto

Sonstiges: _____

TEIL 4: GESUNDHEITSZUSTAND DES PROTHESENTRAGENDEN

Diabetes Mellitus: ◯ Ja ◯ Nein

Durchblutungsstörungen: ◯ Ja ◯ Nein

Probleme kontralaterale Seite: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche? (Herzinfarkt, Stents) _____

Sehstörungen: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche? _____

Rückenschmerzen: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wo und wie häufig? _____

Hüftschmerzen: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wie häufig? _____

In welchen Situationen? ☐ Stuhl aufstehen ☐ Treppe gehen

Knieschmerzen: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wie häufig? _____

In welchen Situationen? ☐ Stuhl aufstehen ☐ Treppe gehen

Arthrose: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wo? _____

Künstliche Gelenke: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wo? _____

Sonstige Funktionseinschränkungen: ◯ Ja ◯ Nein Welche? _____

Muskelkraft Körper allgemein: ◯ Stark ◯ Mittel ◯ Schwach

TEIL 5: FÄHIGKEITEN UND LEISTUNGSPOTENTIAL DES PROTHESENATRAGENDEN

Benutzt Du zum Gehen mit Deiner aktuellen Versorgung zusätzliche Hilfsmittel?

◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, wann?

◯ Immer ◯ Nur in der Wohnung ◯ Nur außerhalb der Wohnung

Sonstiges: _____

Welche Hilfsmittel nutzt Du?

☐ 1 Gehstock ☐ 1 Unterarmgehstütze ☐ Rollator ☐ 2 Gehstöcke ☐ 2 Unterarmgehstützen ☐ 1 Rollstuhl

Sonstiges: _____

Wie viele Stunden am Tag trägst Du im Durchschnitt Deine Prothese?

Ca. _____ Stunden

Wie oft gehst Du mit unterschiedlichen Gehgeschwindigkeiten?

◯ Täglich ◯ Selten ◯ Niemals *(ich gehe immer mit der gleichen Geschwindigkeit)*

Initialen	Geb. Datum

Kam es in den letzten 12 Monaten zu „beinahe Stürzen“?

◯ Nein ◯ Ja, _____-mal

In den folgenden Situationen:

☐ Treppe ☐ Schräge ☐ Enge Räume ☐ Spazieren gehen

Sonstiges: _____

Bist Du in den letzten 12 Monaten gestürzt?

◯ Nein ◯ Ja, _____-mal

In den folgenden Situationen:

☐ Treppe ☐ Schräge ☐ Enge Räume ☐ Spazieren gehen

Sonstiges: _____

Geschätzte tägliche Gehstrecke?

◯ 50 bis 100m ◯ 100 bis 500m ◯ 500 bis 1000m

◯ 1000 bis 2000m ◯ 2000 bis 3000m ◯ Mehr als _____ Meter

Wie viele Treppenstufen gehst Du täglich?

◯ Bis zu 50 Stufen ◯ Bis zu 100 Stufen ◯ Bis zu 150 Stufen

Wie oft trägst Du Gegenstände mit Prothese?

◯ Täglich ◯ Mehrmals pro Woche ◯ Nie

Welche Aktivitäten übst Du wie oft aus?

	Nie	Gelegentlich	Häufig	Täglich
Einkaufen:	◯	◯	◯	◯
Kinder/Enkelkinder Betreuung:	◯	◯	◯	◯
Haushalt:	◯	◯	◯	◯
Spazierengehen:	◯	◯	◯	◯
Fitness/Ausgleichssport:	◯	◯	◯	◯
Welche Art von Bewegung:	_____			
Warum:	_____			
Gartenarbeit:	◯	◯	◯	◯
Ausflüge:	◯	◯	◯	◯
Hobbys mit Prothese:	◯	◯	◯	◯
Betreuung Haustier:	◯	◯	◯	◯
Welche Hobbys:	_____			

Initialen	Geb. Datum

Würdest Du gerne Aktivitäten ausführen, die Dir im Moment nicht möglich sind?

◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?: _____

Wie/Wo bewegst Du Dich fort?

	Nie	Gelegentlich	Häufig	Täglich
Auf ebenem Grund:	◯	◯	◯	◯
Auf unebenem Grund *(z.B. Wiese)*:	◯	◯	◯	◯
Auf Treppen:	◯	◯	◯	◯
Auf Schrägen:	◯	◯	◯	◯
Im hügeligen Gelände:	◯	◯	◯	◯
Baustellen, Garten, Wald *(stark unebenes Gelände)*:	_____			
Enge Räume *(Küche, Keller, Toilette, Abstellräume)*:	_____			
Mit dem Auto (als Fahrer):	◯	◯	◯	◯
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln:	◯	◯	◯	◯
Mit dem Fahrrad:	◯	◯	◯	◯

Wenn Du berufstätig bist:

Welche Tätigkeit übst Du aus? _____

Welche Anforderungen hat Deine Tätigkeit?

	Nie	Gelegentlich	Häufig	Täglich
Stehen:	◯	◯	◯	◯
Gehen:	◯	◯	◯	◯
Knien:	◯	◯	◯	◯
Heben/Tragen von Lasten:	◯	◯	◯	◯
Sitzen:	◯	◯	◯	◯
Aufenthalt in engen Räumen:	◯	◯	◯	◯
Gehen im unebenen Gelände:	◯	◯	◯	◯

Bist Du beruflich einer erhöhten Verschmutzungsgefahr ausgesetzt?

◯ Ja ◯ Nein

Warum? _____

Bist Du beruflich einer erhöhten Sturzgefahr ausgesetzt?

◯ Ja ◯ Nein

Warum? _____

TEIL 6.1: FRAGEN ZUR TESTVERSORGUNG

BITTE VERGLEICHE DAS TESTERGEBNIS MIT DEINER BISHERIGEN VERSORGUNG

1. Wie sicher fühlst Du Dich im Stand mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich sicherer ◯ Sicherer ◯ Kein Unterschied ◯ Unsicherer
2. Wie beurteilst Du das Gehen in der Ebene mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
3. Wie beurteilst Du das Gehen auf unebenem Untergrund *(z.B. Wege mit Pflastersteinen, ungepflasterte Wege, Parkwege, Waldboden)* mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
4. Wie beurteilst Du das Treppauf gehen mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
5. Wie beurteilst Du das Treppab gehen mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
6. Wie beurteilst Du das Heraufgehen von Schrägen mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
7. Wie beurteilst Du das Herabgehen von Schrägen mit der Testversorgung?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
8. Wie gut passt sich die Testversorgung an verschiedene Gehgeschwindigkeiten an?
   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
9. Wie stark musst du dich auf das Gehen mit der Testversorgung konzentrieren?
   ◯ Deutlich weniger ◯ Weniger ◯ Kein Unterschied ◯ Mehr
10. Wie beurteilst Du Deine Fähigkeit, beim Gehen mit der Testversorgung, Gegenstände zu tragen?
    ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter
11. Wie intensiv ist die körperliche Anstrengung beim Gehen mit der Testversorgung?
    ◯ Deutlich weniger ◯ Weniger ◯ Etwa gleich intensiv ◯ Intensiver
12. Wie beurteilst Du die Fähigkeit, mit der Testversorgung längere Strecken zu gehen?
    ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter ◯ Deutlich schlechter
13. Wie stark kannst Du die Testversorgung beim Gehen belasten?
    ◯ Deutlich stärker ◯ Stärker ◯ Etwa gleich stark ◯ Weniger ◯ Deutlich weniger
14. Sofern Du Rücken- und/oder Hüftbeschwerden mit Deiner bisherigen Versorgung hattest: Wie stark sind Deine Schmerzen beim Gehen mit der Testversorgung?
    ◯ Deutlich weniger ◯ Weniger ◯ Etwa gleich stark ◯ Stärker

15. Kannst Du mit der Testversorgung eine Treppe von Stufe zu Stufe abwechselnd mit der Prothese und Deinem erhaltenen Bein voran (alternierend) herabgehen?

    ◯ Ja ◯ Nein

    Wenn nein, konntest Du mit Deiner bisherigen Versorgung Treppen alternierend herabgehen?

    ◯ Ja ◯ Nein

16. Wie beurteilst Du das Hinsetzen?

    ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Deutlich schlechter

17. Wie beurteilst Du den Eindruck in der Schwungphase nicht hängen zu bleiben?

    ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Deutlich schlechter

18. Benutzt Du zum Gehen mit der Testversorgung zusätzlich orthopädietechnische Hilfsmittel?

    ◯ Ja ◯ Nein

    Wenn ja, wann?

    ◯ Immer ◯ nur in der Wohnung ◯ nur außerhalb der Wohnung

    Sonstiges: _____

19. Welche Hilfsmittel nutzt Du?

    ☐ 1 Gehstock ☐ 1 Unterarmgehstütze ☐ Rollator

    ☐ 2 Gehstöcke ☐ 2 Unterarmgehstützen ☐ Rollstuhl

20. Wie zufrieden bist Du mit Deiner **Testversorgung** auf einer Skala von 1 (absolut unzufrieden) bis 10 (absolut zufrieden)?

    ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10

21. Wie zufrieden bist Du mit Deiner **alten Prothese** auf einer Skala von 1 bis 10 ?

    ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10

22. Wie sicher fühlst Du dich mit der **Testversorgung** auf einer Skala von 1 (absolut unsicher) bis 10 (absolut sicher)?

    ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10

23. Wie sicher fühlst Du dich mit der **alten Prothese** auf einer Skala von 1 (absolut unsicher) bis 10 (absolut sicher)?

    ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10

LEISTUNGSTEST MIT DER ALTEN PROTHESE IM VERGLEICH ZUR TESTVERSORGUNG

Mob 1-2

2 Minuten Geh-Test: *alte Prothese:* _____ Meter Testversorgung _____ Meter

Timed UP and GO Test: *alte Prothese:* _____ Sekunden Testversorgung _____ Sekunden

Mob 3-4

6 Minuten Geh-Test: *alte Prothese:* _____ Meter Testversorgung _____ Meter

L-Test: *alte Prothese:* _____ Sekunden Testversorgung _____ Sekunden

ZUSATZFRAGEN RHEO KNEE® XC

1. Kannst Du mit dem **Rheo Knee XC** eine Treppe von Stufe zu Stufe alternierend **heraufgehen**?

   ◯ Ja ◯ Nein

2. Kannst Du mit Deiner **bisherigen Versorgung** Treppen alternierend heraufgehen?

   ◯ Ja ◯ Nein

   Wenn ja: Wie beurteilst Du das Heraufgehen von Treppen mit dem Rheo Knee XC verglichen mit Deinem bisherigen Prothesenkniegelenk?

   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter

3. Kannst Du mit dem **Rheo Knee XC** Fahrrad fahren? ◯ Ja ◯ Nein

4. Kannst Du mit Deiner **bisherigen Versorgung** Fahrrad fahren? ◯ Ja ◯ Nein

   Wenn ja: Wie sicher fühlst Du dich beim Fahrradfahren mit dem Rheo Knee XC verglichen mit Deinem bisherigen Prothesenkniegelenk?

   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter ◯ Deutlich schlechter

5. Wie beurteilst Du die körperliche Anstrengung beim Fahrradfahren mit dem Rheo Knee XC?

   ◯ Deutlich besser ◯ Weniger ◯ Etwa gleich stark ◯ Stärker

6. Wie beurteilst Du die Möglichkeit des Wechselns in eine hohe Gehgeschwindigkeit (z. B. kurzzeitiges Laufen)?

   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter

7. Wie beurteilst Du die Anpassungsfähigkeit des Rheo Knee XC, z.B. hinter Kind/Bus herlaufen, schnelle Richtungswechsel oder die schnelle Anpassung an neue Alltagssituationen?

   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Kein Unterschied ◯ Schlechter

ZUSATZFRAGEN PROPRIO FOOT®

1. Wie beurteilst Du die Belastung auf den Stumpf beim Sitzen mit dem Proprio Foot?

   ◯ Deutlich besser ◯ Weniger ◯ Etwa gleich stark ◯ Stärker

2. Wie beurteilst Du das Aufstehen von einem Stuhl mit dem Proprio Foot?

   ◯ Deutlich besser ◯ Besser ◯ Neutral ◯ Schlechter

3. Wie beurteilst Du das Anziehen einer Hose mit dem Proprio Foot?

   ◯ Deutlich einfacher ◯ Einfacher ◯ Kein Unterschied ◯ Schwieriger

4. Hast Du das Gefühl, dass Du, aufgrund der Absatzeinstellung, immer die gleiche Prothesenstatik hast?

   ◯ Ja ◯ Nein

5. Wie beurteilst Du die Stumpfbelastung bei Schuhwechsel mit dem Proprio Foot?

   ◯ Deutlich weniger ◯ Weniger ◯ Etwa gleich stark ◯ Stärker

Initialen	Geb. Datum

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENSPEICHERUNG:

☐ **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Bilder, Filme und Angaben im vorliegenden Profilerhebungsbogen von der Össur Deutschland GmbH verarbeitet werden.**

Diese Daten werden von der Össur Deutschland GmbH erhoben für Schulungszwecke und um vertragliche Verpflichtungen zu erfüllen, sowie zur Feststellung, welches Produkt für Dich geeignet ist. Rechtsgrundlage hierfür ist der Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.
Bild- und Filmaufnahmen können auch zur Schulungszwecken und in Vorträgen verwendet werden.
Diese Einwilligung kannst Du jederzeit unter der genannten Adresse oder unter der E-Mail **dpo@ossur.com** widerrufen. Weitere Hinweise zum Datenschutz kannst Du unserer Website **www.ossur.com** entnehmen.

Datum: _____

Anwender:in _____

Techniker:in _____

Formular zurücksetzen

SENDEN

Össur Deutschland GmbH
Melli-Beese-Straße 11
50829 Köln
Deutschland

TEL 0800 180 8379
FAX 0800 180 8387
info-deutschland@ossur.com

Össur Schweiz AG
Hans Huber-Strasse 38
4500 Solothurn
Schweiz

TEL 0800 344 000
FAX 0800 344 001
info-schweiz@ossur.com

Össur Österreich GmbH
Simmeringer Hauptstraße 24
1110 Wien
Österreich

TEL 0800 068 745
FAX 0800 068 746
info-osterreich@ossur.com

ÖSSUR®
LIFE WITHOUT LIMITATIONS

Änderungen, Irrtümer und Schreibfehler vorbehalten.

CRE-8700
© ÖSSUR, 04.2023