



www.aofeclinics.nl/de

Fragebogen

Klickprothese (QTFA/AQLP)

Vorname

Geschlecht

Nachname

Geburtsdatum

Fragebogen Klickprothese (QTFA/AQLP)

Nutzungswert der Prothese

Wie viele Tage pro Woche tragen Sie die Prothese durchschnittlich?

Wie viele Stunden pro Tag tragen Sie die Prothese durchschnittlich?

Mobilitätswert der Prothese

Welche Gehhilfe verwenden Sie normalerweise zu Hause beim Gehen mit der Prothese?

Welche Gehhilfe verwenden Sie normalerweise draußen beim Gehen mit der Prothese?

Können Sie die folgenden Aktivitäten mit der Prothese durchführen, eventuell mit Unterstützung einer Gehhilfe? Falls Sie es nicht wissen, können Sie es jetzt ausprobieren.

	Ja	Nein	Nicht ausprobiert
Treppensteigen ohne Handlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Hügel hinauflaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Hügel hinuntergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen auf unebenem Gelände, Waldwegen oder Feldern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelles Gehen über eine Strecke von 50 Metern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit einer Einkaufstasche oder einem kleinen Koffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10–15 Minuten ohne Unterstützung und ohne Schmerzen stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Raum umhergehen und dabei etwas in beiden Händen tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bequem in einem niedrigen Stuhl oder auf dem Rücksitz eines Autos sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich im Sitzen nach vorne beugen und die Schuhe zubinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht auf dem Boden sitzen und wieder aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Klickprothese (QTFA/AQLP)

Wie oft haben Sie Ihre Prothese in den letzten drei Monaten genutzt, um die unten genannten Distanzen ohne Unterbrechung zurückzulegen? (Bitte eine Antwort pro Distanz angeben)

	Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie
50 Meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200 Meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
500 Meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kilometer oder mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemwert

Haben Sie sich in den letzten vier Wochen über eines oder mehrere der folgenden Probleme geärgert?

Bitte geben Sie an, wie stark das jeweilige Problem war und wie sehr es Ihre Lebensqualität beeinträchtigt hat.

Geben Sie für jedes Problem eine Zahl zwischen 0 und 4 an – sowohl für die Stärke des Problems als auch für dessen Einfluss auf Ihre Lebensqualität.

Bitte geben Sie die folgenden Werte in die Felder ein:

0 = Kein Problem 1 = Leicht 2 = Mäßig 3 = Deutlich 4 = Schwerwiegend

	Problem	Einfluss auf die Lebensqualität
Hatten Sie Phantomschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schmerzen im Stumpf ohne Prothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schmerzen im anderen Bein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Sie das Aussehen Ihres Stumpfes gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schwierigkeiten, andere Menschen ohne Prothese zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schwierigkeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schwierigkeiten beim Besuch öffentlicher Orte wie Kino oder Museum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Klickprothese (QTFA/AQLP)

Bitte geben Sie die folgenden Werte in die Felder ein:

0 = Kein Problem 1 = Leicht 2 = Mäßig 3 = Deutlich 4 = Schwerwiegend

	Problem	Einfluss auf die Lebensqualität
Hatten Sie Probleme damit, dass Ihre Hände beim Gehen mit einer Gehhilfe beschäftigt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schmerzen im Stumpf beim Stehen oder Gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen der Prothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Sitz der Prothese manchmal nicht zuverlässig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich über Geräusche der Prothesenfassung/Klickprothese geärgert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War das Sitzen mit der Prothese unangenehm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die Prothese das Sitzen auf der Toilette erschwert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die Prothese Blasen, Reibungen oder Hautreizungen verursacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schwierigkeiten, den Stumpf hygienisch sauber zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre Prothese Kleidung abgenutzt oder beschädigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Probleme, Ihre Prothese zu steuern oder zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War schnelles Gehen für Sie ein Problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War das Gehen im Wald oder auf einem Feld für Sie ein Problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit Ihrem Gangbild (z. B. Hinken, Schwanken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Probleme, den Untergrund unter Ihren Füßen zu spüren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Stumpf beim Gehen mit der Prothese müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Klickprothese (QTFA/AQLP)

Bitte geben Sie die folgenden Werte in die Felder ein:

0 = Kein Problem 1 = Leicht 2 = Mäßig 3 = Deutlich 4 = Schwerwiegend

	Problem	Einfluss auf die Lebensqualität
Hat es Sie gestört, dass sich Ihre Prothese schwer anfühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie gezwungen, die Prothese überhaupt nicht zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Probleme mit dem Aussehen Ihrer Prothese (Farbe, Form, Material)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Sommer mit einem zu heißen und verschwitzten Stumpf zu kämpfen, während Sie die Prothese trugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Winter einen kalten Stumpf, während Sie die Prothese trugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtpunktzahl

Wie würden Sie Ihre Funktionsfähigkeit mit Ihrer aktuellen Prothese beschreiben?

Wie würden Sie die Probleme beschreiben, die Sie aktuell mit Ihrer Prothese haben?

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Zustand als Amputierte*r beschreiben?

AQLP (Zusätzliche Fragen zum QTFA-Fragebogen)

Welche maximale Strecke haben Sie im letzten Monat mit Ihrer Prothese ohne Pause am Stück zurückgelegt?

Fragebogen Klickprothese (QTFA/AQLP)

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie angeben, wie stark dieses Problem Ihre Lebensqualität im Durchschnitt beeinträchtigt.

	Keine Einschränkung	Geringe Einschränkung	Mäßige Einschränkung	Starke Einschränkung	Sehr starke Einschränkung
Schmerzen im Stumpf durch die Prothese beim Stehen oder Gehen	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen meiner Prothese	<input type="checkbox"/>				
Unerwartetes Lösen der Prothese, z. B. eim Gehen oder Sitzen	<input type="checkbox"/>				
Verminderter Sitzkomfort mit Prothese	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme am Stumpf durch die Prothese	<input type="checkbox"/>				
Probleme mit der allgemeinen Funktionsfähigkeit meiner Prothese	<input type="checkbox"/>				
Probleme bei der Nutzung der Prothese bei heißem Wetter	<input type="checkbox"/>				
Stürze aufgrund meiner Prothese	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim Treppensteigen mit der Prothese	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim Gehen auf Steigungen oder Gefälle mit der Prothese	<input type="checkbox"/>				