



Hat sich Ihre Gehfähigkeit in den letzten Monaten / Jahren verschlechtert?

Nein Ja → Zeitraum?

Benötigen Sie beim Gehen eine Gehhilfe (z.B. Stock, Rollator)?

Nein Ja → Wenn ja: immer häufig gelegentlich nur außer Haus

Können Sie 20 Minuten (ca. 1000 Meter) am Stück gehen?

Ja Nein

→ die beschwerdefreie Gehstrecke beträgt: ca. _____ Meter bzw. _____ Minuten

Haben Sie in speziellen Situationen Schwierigkeiten beim Gehen?

unebener Boden schnelles Gehen Dunkelheit / Dämmerung Stress
 Treppensteigen Steigung Andere:

Sind Sie beim Gehen so eingeschränkt, dass Sie bestimmte Herausforderungen (z.B. bei der Arbeit, im Haushalt, in der Freizeit oder beim Sport) nicht mehr bewältigen können?

Nein Ja → Beispiele:

Ist Ihre Gehfähigkeit vor allem aufgrund von Schmerzen eingeschränkt?

Nein Ja → schmerzhafte Körperstellen:

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Nervenerkrankungen?

Nein Ja → Welche?

Welche Diagnostik ist bisher erfolgt?

Neurologe Orthopäde Andere Ärzte: _____

MRT Wirbelsäule MRT: _____ Röntgen: _____

Welche Therapie ist bisher erfolgt?

Krankengymnastik / Physiotherapie Reha-Behandlung

Medikamente: _____

Operationen: _____

Andere: _____

Anmerkungen: