

Fragenkatalog Online-Shop Bestellung Smart Glove/Smart Kinds Homecare Solution

1. Wie alt sind Sie bzw. die betroffene Person? (Freitext)
2. Welche Hand ist die Betroffene? (Links / Rechts / Beide)
3. Messen Sie die die Distanz von Handwurzel zum Mittelfinger in gerader Linie in Zentimetern?
4. Bitte wählen Sie Ihr entsprechendes Krankheitsbild
 - a. Schlaganfall
 - b. Schädel-Hirn-Trauma
 - c. Morbus Parkinson
 - d. Multiple Sklerose
 - e. Fraktur
 - f. Sehen- und Bandverletzung
 - g. Andere (Freitext)
5. Ist der Eintritt Ihrer Erkrankung länger als drei Monate her? (ja / nein)
6. Wie gut können Sie Ihre Hand bewegen? (ja / nein)
 - a. Können Sie Ihr Handgelenk (mit Daumen nach innen) aktiv nach oben und unten bewegen (wie beim Zaun streichen)?
 - b. Können Sie das Handgelenk (mit Daumen nach oben) aktiv nach oben und unten bewegen (wie beim Schneiden)?
 - c. Können Sie Ihr Handgelenk (mit Daumen nach oben) aktiv nach innen und außen bewegen (wie eine Fischflosse)?
 - d. Können Sie Ihr Handgelenk aktiv nach Innen oder Außen drehen (wie beim Wasser eingießen)?
 - e. Können Sie einzelne oder mehrere Finger (und Daumen) aktiv bewegen (wie beim Zugreifen)?
7. Kennen Sie sich mit einem Smartphone, Tablet, Computer oder Laptop aus oder haben Sie jemanden, der Sie beim Training unterstützt?
8. Können Sie Ihre nicht betroffene Hand normal bewegen und im alltäglichen Leben benutzen oder haben Sie jemand in Ihrem häuslichen Umfeld, der Sie bei alltäglichen Aktivitäten und beim Training unterstützt?
9. Können Sie die Zeitung oder ein Buch lesen oder haben Sie jemanden in Ihrem häuslichen Umfeld, der Sie beim Training unterstützt?