

## Fragebogen zur Anwendungs- und Wirkungsweise der Protac MyFit Weste

Dieser Fragebogen soll als praktisches Hilfsmittel die schriftliche Dokumentation bei der Testphase erleichtern. Empfohlene Dauer für die Erprobung 2-3 Wochen.

Teil 1 ist vor Beginn der Erprobung auszufüllen. Teil 2 ist danach auszufüllen.

### Teil 1

Datum: \_\_\_\_\_

Erprobungszeitraum: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Dieses Formular wurde ausgefüllt:

- vom Benutzer       von Angehöriger  
 vom Therapeuten     von sonstigen Personen

Name: \_\_\_\_\_

Alter der Probanden: \_\_\_\_\_ Diagnose \_\_\_\_\_

#### 1. Welche Grösse von Protac MyFit ausprobiert?

Die Artikel-Nr. siehe im Kragen oder auf dem weissen Waschetikett.

Erwachsenengrösse:      Jugendliche/Kindergrösse:

- 801-10-S                       801-10-B  
 801-10-M/L                   801-10-J  
 801-10-XL/2XL               801-10-XS  
 801-10-3XL/4XL

#### 2. Was soll mit der Protac MyFit im Erprobungszeitraum

verbessert/gelindert werden? Bitte alle relevanten Rubriken ankreuzen.

- Motorische Unruhe  
 Psychische Unruhe  
 Schmerzen  
 Konzentrations-/Aufmerksamkeitsdefizit  
 Soziale Probleme / Entwicklung sozialer Kompetenzen  
 Angstzustände  
 Selbstverletzendes Verhalten  
 Störung der taktilen Wahrnehmung  
 Ungesteuerte Motorik  
 Tonusaufbau/Kräftigung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Teil 2

#### 3. Wie häufig wurde die Protac MyFit während des Erprobungszeitraums angewendet?

- Täglich  
 3-mal wöchentlich  
 Seltener \_\_\_\_\_

#### 4. Falls sie nur 1-3-mal angewendet wurde: Warum wurde die Erprobung abgebrochen?

- Wegen Krankheit  
 Wegen Urlaub  
 Unwohlsein:  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 5. In welchen Situationen wurde die Protac MyFit erprobt?

Bitte alle relevanten Rubriken ankreuzen.

- Beim Werken/Arbeiten  
 Beim Spielen  
 Bei der Vorbereitung zu Aktivitäten  
 Bei der Senso Motorische Therapie  
 Bei der medizinische Trainingstherapie  
 Neurologische Rehabilitation  
 Zum Beruhigen (keine spezifische Tätigkeit)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 6. Wie lange und wie oft wurde die Protac MyFit jeweils benutzt?

- < 15 min                       1 mal / Tag  
 15-30 min                       1-2 mal / Tag  
 > 30 min                       \_\_\_\_\_ mal / Tag  
 \_\_\_\_\_ min

#### 7. Wie wurde die Protac MyFit vom Benutzer empfunden?

- Warm  
 Schwer  
 Zu schwer  
 Ermüdend  
 Gefühl von Geborgenheit  
 Beruhigend  
 Verbesserte Körperwahrnehmung  
 Tonusregulierend  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sie finden dieses Dokument als pdf-Datei zum Ausdrucken auf der Homepage [www.northcare.ch/de/produkte/kugeldecke/gebrauch.html](http://www.northcare.ch/de/produkte/kugeldecke/gebrauch.html)

Forts. **Teil 2**

Fragen 8-13 beziehen sich auf Ihre Antworten in Teil 1, Frage 2. Sie müssen nur die Fragen beantworten, die relevant sind in Bezug auf Ihre angekreuzten Antworten in Frage 2.

8. Konnte die Protac MyFit die **motorische Unruhe** beeinflussen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

9. Konnte die Protac MyFit für **psychische/mentale Ruhe** sorgen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

10. Konnte die Protac MyFit **Schmerzen** lindern?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

11. Hat sich die Protac MyFit auf das **Konzentrations / Aufmerksamkeitsdefizit** ausgewirkt?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

12. Konnte die Protac MyFit das **Sozialverhalten** (Gegenwart anderer Menschen) beeinflussen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

13. Konnte die Protac MyFit mehr **Geborgenheit geben und Ängste** abschwächen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

14. Konnte die Protac MyFit **selbstverletzendes Verhalten** dämpfen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

15. Konnte eine Verbesserung der **taktilen Wahrnehmung** festgestellt werden?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

16. Konnte die Protac MyFit **ungesteuerte Motorik** verringern?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

17. Konnte die Protac MyFit der **Spastizität/ Tonus** beeinflussen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

18. Hatte die Protac MyFit noch **andere Wirkungen**?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

19. Sonstige Rückmeldungen oder Anmerkungen zur Anwendung der Protac MyFit

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

20. Verbesserungsvorschläge zum Produkt:

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung und Anregungen!