

Untersuchungsergebnisse ThevoChair



Name: _____ **Name der Gesellschaft:** _____
(Bitte Namen abkürzen wie Herr X. oder Frau X um die Identität zu schützen)

Adresse: _____

E-Mail: _____ **Tel:** _____

Person welche die Untersuchung beaufsichtigt: _____

Schildern Sie den allgemeinen Zustand der Person: _____

ThevoChair Nutzung: inkl. Hocker ohne Hocker

Datum des Untersuchungsbeginns: _____

Durchschnittliche Schaueldauer am Tag: _____

Anmerkungen über die Person vor der Untersuchung: _____

Anmerkung über die Person nach der Untersuchung: _____

Andere Kommentare oder Empfehlungen: _____

Geben Sie Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung der Ergebnisse? Ja Nein Unterschrift: _____

Untersuchungsergebnisse ThevoChair



	Beobachtungen vor der Untersuchung	Ende der Woche 1 mit dem ThevoChair	Ende der Woche 2 mit dem ThevoChair	Ende der Woche 3 mit dem ThevoChair	Ende der Woche 4 mit dem ThevoChair
<p>Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein:</p> <p><small>(Ordnen Sie 1 bis 5 zu (5 = trifft vollkommen zu, 4 = trifft zu, 3 = trifft ein wenig zu, 2 = trifft nicht zu, 1 = trifft überhaupt nicht zu))</small></p>	Vor der ThevoChair	Ergebnisse der 1 Woche	Ergebnisse der 2 Woche	Ergebnisse der 3 Woche	Ergebnisse der 4 Woche
Die Person ist ausgeglichener.					
Die Person ist tagsüber aufnahmefähiger.					
Die Person wacht während der Nacht weniger häufiger auf.					
Angst und Depressionen sind reduziert.					
Die Medikamentengabe konnte reduziert werden (Antidepressiva).					
Der Person ist gelenkiger durch das regelmäßige Schaukeln (Training der Gelenke).					
Der Betreuungsaufwand ist deutlich reduziert.					
Der Gleichgewichtssinn ist deutlich verbessert (Reduktion des Sturzrisikos).					

Unterschrift: _____

