

## Fragebogen zur Anwendungs- und Wirkungsweise der Protac SenSit

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 Betreuer       von \_\_\_\_\_

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

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

#### 1. Standort des SenSits:

- Im Zimmer / Schlafzimmer des Benutzers  
 Im Aufenthaltsraum  
 Im Wohnzimmer

#### 2. Was soll mit der Protac SenSit im Erprobungszeitraum verbessert/gelindert werden? Bitte alle relevanten Rubriken ankreuzen.

- Motorische Unruhe  
 Psychische Unruhe  
 Schmerzen  
 Konzentrations-/Aufmerksamkeitsdefizit  
 Soziale Probleme / Entwicklung sozialer Kompetenzen  
 Angstzustände  
 Aggressives Verhalten/ aggressive Handlung  
 Selbstverletzendes Verhalten  
 Störung der Wahrnehmungsverarbeitung (Sensorische integraion)  
 Ungesteuerte Motorik  
 Spastizität  
 Schlafprobleme / Einschlafprobleme  
 Allgemeine Wohlbefinden fördern  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Teil 2

#### 3. Wurde der SenSit für den Benutzer introduziert? (Begleitet bei der ersten Anwendung)

- Ja                                       Vom Betreuer  
 Nein                                         Von Mitbewohnern/ Kollegen

Bemerkung: \_\_\_\_\_

#### 4. Wie viel Unterstützung/Begleitung benötigte der Benutzer?

- jedes Mal  
 Gelegentlich  
 Nur am Anfang

#### 3. Wie häufig wurde der SenSit während des Erprobungszeitraums angewendet?

- Täglich                                       1 mal / Tag  
 3-mal wöchentlich                       1-2 mal / Tag  
 Seltener \_\_\_\_\_                       \_\_\_\_\_ mal / Tag

Bemerkung: \_\_\_\_\_

#### 4. Falls er nur selten angewendet wurde: Warum ?

- Standort des SenSits war nicht ideal  
 Zu wenig Zeit für individuelle Betreuung/ Begleitung  
 Unwohlsein  
 Zeitmangel  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 5. In welchen Situationen wurde der SenSit erprobt? (alle relevanten Rubriken ankreuzen)

- Beim Ausruhen und in Pausen  
 Als Vorbereitung einer Aktivität / Therapie  
 Beim Lesen/Fernsehen/Spielen  
 Tagsüber zur Beruhigung / Ausruhen  
 Abends zur Beruhigung / Ausruhen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 6. Wie lange wurde der Protac SenSit jeweils benutzt?

- Weniger als 30 min  
 Bis zu 1 Stunde  
 1-3 Stunde/n  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 7. Wie wurde der Protac SenSit vom Benutzer empfunden?

- Gefühl von Geborgenheit  
 Beruhigend /psychisch od. physisch entspannend  
 Verbesserte Körperwahrnehmung  
 Verbesserte Konzentrationsfähigkeit  
 Tonusregulierend  
 Warm  
 Unangenehm  
 Unbehagen auslösend  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Forts. **Teil 2**

Fragen 8-20 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 der Protac SenSit die **motorische Unruhe** beeinflussen?

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

9. Konnte der Protac SenSit für **psychische/mentale Ruhe** sorgen?

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

10. Konnte der Protac SenSit **Schmerzen** lindern?

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

11. Hat sich der Protac SenSit auf das **Konzentrations / Aufmerksamkeitsdefizit** ausgewirkt?

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

12. Konnte der Protac SenSit das **Sozialverhalten** (Gegenwart anderer Menschen) beeinflussen?

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

13. Konnte der Protac SenSit mehr **Geborgenheit geben und Ängste** abschwächen?

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

14. Konnte der Protac SenSit **aggressives Verhalten** unterbrechen oder verringern?

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

15. Konnte der Protac SenSit **selbstverletzendes Verhalten** unterbrechen oder verringern?

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

16. Konnte eine Verbesserung der **Wahrnehmung / Wahrnehmungsverarbeitung** festgestellt werden?

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

16. Konnte der Protac SenSit **ungesteuerte Motorik** verringern?

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

17. Konnte der Protac SenSit der **Spastizität/ Tonus** beeinflussen?

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

18. Konnte der Protac SenSit **Schlafprobleme / Einschlafprobleme** verringern / beseitigen?

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

19. Hatte der Protac SenSit noch **andere Wirkungen**?

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

20. Sonstige Rückmeldungen oder Anmerkungen zur Anwendung der Protac SenSit:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

20. Verbesserungsvorschläge zum Produkt:

---

---

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