

Patient/in: _____ Datum: _____ Psychologe/in _____

Untersuchungsbedingungen

Wert	Untersuchungs-Situation
<input type="checkbox"/> 0	keine Angaben
<input type="checkbox"/> 1	Stimulation mit Einzelreizen
<input type="checkbox"/> 2	beobachtend im Rahmen einer pflegerisch/therapeutischen Behandlung
<input type="checkbox"/> 3	mit verbaler Kommunikation und vertrauten Alltagsobjekten
<input type="checkbox"/> 4	mit Bedside- Screening Testvorlagen

Wert	Untersuchungs-Position
<input type="checkbox"/> 0	keine Angaben
<input type="checkbox"/> 1	liegend Seitenlage im Bett
<input type="checkbox"/> 2	liegend Rückenlage/Langsitze im Bett
<input type="checkbox"/> 3	sitzend mit Unterstützung (Rolli, Bettkante)
<input type="checkbox"/> 4	sitzend am Tisch (Rollstuhltisch)

Wert	körperliche Belastbarkeit
<input type="checkbox"/> 0	nicht beurteilbar
<input type="checkbox"/> 1	vegetative Instabilität im Liegen oder körperlich nur Liegen möglich
<input type="checkbox"/> 2	minimale körp. Belastbarkeit / vegetative Instabilität beim Aufsitzen
<input type="checkbox"/> 3	verminderte Belastbarkeit im unterstützten Sitzen (< 10 Min.)
<input type="checkbox"/> 4	körperliche Belastbarkeit in jedweder Positionen vorhanden (> 10 Min.)

Wert	Atmung / Ernährung
<input type="checkbox"/> 0	nicht beurteilbar
<input type="checkbox"/> 1	apparative Überwachung, Trachealkanüle und Sondenernährung
<input type="checkbox"/> 2	Sondenernährung, Trachealkanülen-Entwöhnung
<input type="checkbox"/> 3	Sondenernährung und oraler Kostenaufbau
<input type="checkbox"/> 4	volle orale Ernährung

Koma –Remissions- Level

Wert	Erweckbarkeit
<input type="checkbox"/> 0	kein Augen öffnen bei jeglicher Stimulation
<input type="checkbox"/> 1	Augen öffnen (< 5 Sek.) bei starken taktilen Reizen (z.B. Mundstim. / Lagewechsel)
<input type="checkbox"/> 2	Augen spontan geöffnet, kein Fixieren
<input type="checkbox"/> 3	Augen öffnen (> 5 Sek. < 1 Min.) bei starken takt. Reizen (z.B. Lagewechsel/ Aufsetzen)
<input type="checkbox"/> 4	Augen öffnen bei leichtem Berühren /Ansprechen (> 1Minute geöffnet) oder wach

Wert	Sensomotorik
<input type="checkbox"/> 0	schlaff an (allen) Extremitäten
<input type="checkbox"/> 1	Beuge-Streck-Muster oder Tetraspastik
<input type="checkbox"/> 2	Tonusanpassung auf Unterlage für (un)willkürliche Körper(teil)bewegung
<input type="checkbox"/> 3	Tonusanpassung gegen Schwerkraft für (un)willkürliche Körper(teil)bewegung
<input type="checkbox"/> 4	zielgerichtete Willkürbewegung gegen Schwerkraft in Richtung Gegenstand

Wert	Reagibilität
<input type="checkbox"/> 0	Keine Körperbewegung auf jegliche Stimulation
<input type="checkbox"/> 1	Lidreflex / Startle- Reaktion (auditiv oder visuell ausgelöst)
<input type="checkbox"/> 2	unspezifische Massenbewegung(en) bei starkem taktilen Reiz
<input type="checkbox"/> 3	(un)willkürliche Weg-Bewegung von taktiler Reizquelle (unvertraut, unangenehm)
<input type="checkbox"/> 4	(un)willkürliche Hin- Bewegung zur takt. Reizquelle (z.B. Juckreiz, Sonde o.ä.)

Wert	Mundmotorik / Mimik
<input type="checkbox"/> 0	Keine Mundmotorik/ Mimik auslösbar
<input type="checkbox"/> 1	orale Automatismen taktil auslösbar (z.B. Beißen, Kauen, Schmatzen, Gähnen)
<input type="checkbox"/> 2	angepasste Mundbewegungen an Objekt (z.B. Spatel, Z-Bürste, Löffel)
<input type="checkbox"/> 3	nichtreflektorische Mund-/Lippenbewegung (sprechmotorisch, emotional)
<input type="checkbox"/> 4	Interpersonell ausgelöste Mimik für Gefühle (z.B. Lächeln, Ärger, Traurigkeit)

Wert	Blickverhalten
<input type="checkbox"/> 0	Augen sind geschlossen / können nicht geöffnet werden
<input type="checkbox"/> 1	Blick "ins Leere" ohne Fixation (auf neue vis. Reizquelle)
<input type="checkbox"/> 2	sehr kurze Fixation, nicht regelhaft - Blickkontakt nur anmutend
<input type="checkbox"/> 3	reproduzierbarer Blickkontakt und/ oder sakkadische Blickwechsel zu Objekt(en)
<input type="checkbox"/> 4	langsame Blickfolgebewegung mit Fixation (Objekt und/oder Person)

Wert	Bulbusbewegungen
<input type="checkbox"/> 0	Bulbi unbeweglich, divergent
<input type="checkbox"/> 1	Bulbi diskonjugiert bewegt (ruckend, pendelnd, schwimmend)
<input type="checkbox"/> 2	Bulbi konjugiert bewegt (ruckend, pendelnd, schwimmend)
<input type="checkbox"/> 3	Bulbi mit Sakkaden bewegt, dabei Bewegungseinschränkungen
<input type="checkbox"/> 4	Bulbi sakkadisch in alle Richtungen frei beweglich

