

ottobock.

Exopulse Suit.
My Mollii Moments.







My Mollii Moments.

Inhalt.

Exopulse Suit. Der Anzug und seine Wirkung	4
Auf geht's – notieren Sie Ihre Fortschritte	6
Stimulationskriterien.....	8
My Mollii Moments von Tag 1 bis Tag 31	11
FAQs.....	48
Mitmachen. My Mollii Moments.....	50

Exopulse Suit. Der Anzug und seine Wirkung.



Der erste Ganzkörper-Neuromodulationsanzug zur Entspannung spastischer und angespannter Muskeln, zur Aktivierung schwacher Muskeln und zur Minderung damit verbundener Schmerzen.

Vermindert Spastik, aktiviert die Muskeln

Mit dem Exopulse Suit ergeben sich fundamentale Veränderungen im Versorgungsansatz bei neurologischen Störungen und damit verbundener Symptome. Es ist der weltweit erste Neuromodulationsanzug, der den als reziproke Hemmung bezeichneten physiologischen Reflexmechanismus nutzt.

Durch Senden eines elektrischen Signals an einen antagonistischen Muskel wird eine Entspannung des spastischen Muskels herbeigeführt. Die kombinierte Wirkung aus der Entspannung angespannter Muskeln und der Aktivierung schwacher Muskeln ermöglicht den Anwendern ein aktiveres tägliches Leben mit weniger Schmerzen.

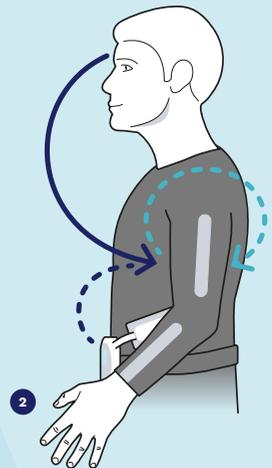
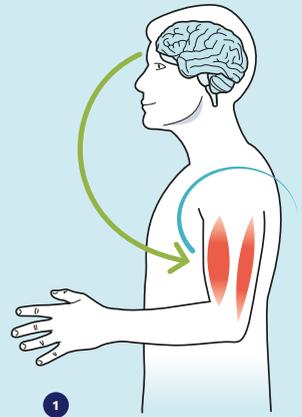
Der Anzug ist ein individuell angepasstes Medizinprodukt, das für die Niederfrequenz-Ganzkörper-Elektrostimulation verwendet wird, um die typischen mit neurologischer Erkrankungen um bei neurologischen Erkrankungen wie Zerebralparese, Multipler Sklerose, Schlaganfall oder Rückenmarksverletzungen die damit verbundenen typischen Symptome zu verringern.

Der erste Neuromodulationsanzug, der zu einem aktiveren Lebensstil beiträgt

Der Exopulse Suit ist der erste Neuromodulationsanzug, der das Prinzip der transkutanen Elektrostimulation nutzt. Aber was bedeutet das genau?

Der Anzug nutzt den als reziproke Hemmung bezeichneten physiologischen Reflexmechanismus, der bereits 1906 entdeckt wurde. Durch Senden eines elektrischen Signals an einen antagonistischen Muskel wird eine Entspannung des spastischen Muskels herbeigeführt.

- 1** Aufgrund der neurologischen Erkrankung erhält ein antagonistischer Muskel kein Signal auf natürlichem Weg.
- 2** Durch Senden eines elektrischen Signals an den antagonistischen Muskel wird eine Entspannung des Muskels herbeigeführt.



Auf geht's. Notieren Sie Ihre Fortschritte.

Sie haben dieses Tagebuch bekommen, um in den nächsten Wochen Ihre Erfahrungen mit dem Exopulse Anzug festzuhalten.

Verbesserungen dokumentieren und langfristig profitieren

Diese Dokumentation hilft Ihnen, die vielen möglichen Effekte nicht mit der Zeit zu vergessen. Die Situation, der Anzug und die damit einhergehenden Themen sind alle neu für Sie, und es soll nichts untergehen. Vielleicht sind auch nicht Sie selbst betroffen, sondern ihr Kind oder ein Angehöriger, und dann werden Sie diese Erinnerungshilfe umso mehr zu schätzen wissen.

Nicht jeder Tag ist gleich und auch nicht die Resultate nach der Stimulation. Manche Dinge entwickeln sich erst mit der Zeit, andere fallen einem nicht gleich auf, sind aber genauso wichtig. Es gibt bessere und weniger gute Tage. Die folgenden Seiten sollen helfen, dies zu dokumentieren und zwar so einfach wie möglich, aber auch so sinnvoll wie nötig.

Aus diesen Ergebnissen kann dann Ihre betreuende Person im Sanitätshaus (TechnikerIn und/oder TherapeutIn) Schlüsse ziehen für die weitere z.B. für die begleitende Physiotherapie. Gegebenenfalls kann sie Korrekturen an den individuellen Einstellungen der Steuereinheit vornehmen und mit Ihnen besprechen, was alles durch die dauerhafte Nutzung des Anzuges möglich ist.

Für jeden Tag gibt es eine Seite und zudem noch einige Informationen zusätzlich, die im Zusammenhang mit dem Produkt im Alltag wissenswert sind.





”
*Alles Gute und
viel Erfolg mit
Ihrem Exopulse Suit
wünscht
OttoBock.*



Stimulationskriterien.

Die Beurteilung der Stimulationsergebnisse fällt ganz individuell aus. Bei jeder Person und an jedem Tag kann dies unterschiedlich sein. Nutzen Sie diese Kriterien auf den nächsten Seiten für eine wiederkehrende Beurteilung Ihrer Situation nach Tragen des Anzugs. Ergänzen Sie unbedingt individuelle Ereignisse in den freien Feldern darüber.

Schlaf

Besserer Schlaf ist eine Wohltat für den ganzen Körper und die tägliche Konstitution. Endlich wieder durchschlafen. Durch entspannte Muskeln und weniger Spastiken sind längere Ruhephasen möglich. Trifft dies bei Ihnen nach der Nutzung zu, dann geben Sie dies an.

Schmerzlinderung

Die Reduktion von Schmerzen durch weniger Spastiken sind möglich. Wenn Sie hier Verbesserungen wahrnehmen, dann ist das eine Notiz wert.

Muskelentspannung

Schon bei der Stimulation merken Sie eine Beeinflussung der Muskeln? Diese entspannen sich idealerweise und sorgen somit für ein Wohlbefinden in einem Körperbereich oder im ganzen Körper? Bitte festhalten.

Kurze Entfernungen gehen

Zuhause können Sie Ihren Alltag wieder besser bewältigen? Kurze Gehstrecken klappen sicherer und benötigen nicht mehr so viel Aufmerksamkeit? Das ist toll und sollte hier dokumentiert werden.

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

Die tägliche Gehstrecke hat sich erweitert? Entweder über den ganzen Tag hinweg oder für einzelne Gehstrecken? Dann auch das bitte entsprechend notieren.

An- und ausziehen

Wenn Sie diese tägliche Aufgabe sicherer und auch schneller bewältigen können, dann ist das ein Fortschritt und erwähnenswert. Auch den Stimulationsanzug selbst werden Sie bestenfalls mit der Zeit einfacher an- und ausziehen können

und dabei Ihr Gleichgewicht besser halten können, also das bitte angeben.

Hausarbeiten erledigen

Das bisschen Haushalt ... Ob waschen, kochen, putzen etc. – alles Aufgaben, die in jedem Haushalt regelmäßig anfallen. Wenn Ihnen dies einfacher von der Hand geht, weil Sie sich sicherer und aktiver fühlen, dann freuen Sie sich über mehr Energie für andere Aktivitäten und notieren es.

Unebenes gehen, klettern

Sicherer gehen, stehen und bei alltäglichen Tätigkeiten die Balance halten. Bei Kindern wird man diesen Effekt auch beim Spielen und Toben feststellen. Wenn das die Resultate der Nutzung sind, dann dieses Stichwort ankreuzen.

Körperhygiene

Dinge wie Zähne putzen, duschen und der regelmäßige Gang zur Toilette erledigt man im gesunden Zustand fast nebenbei und automatisch. Sollten Sie hier von Einschränkungen betroffen sein, dann kann die Stimulation helfen, diese Dinge wieder wie selbstverständlich durchzuführen. Bitte festhalten!

Stimmung

Gesundheitliche Beeinträchtigungen wirken sich auf den gesamten Körper aus. Ihre Stimmung und die damit einhergehenden Empfindungen sind ein wichtiger Indikator und essenziell für eine erfolgreiche Behandlung. Notieren Sie daher hier ganz deutlich, wie es Ihnen an jedem einzelnen Tag ging und ergänzen bestenfalls jeweils warum.

”

*Mein
Superheldenanzug!*

*Louisa, MS-Patientin und
Exopulse Suit-Trägerin nach
ihrer ersten Stimulation.*



1

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)

Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)

Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)

Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)

Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)

Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)

Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)

Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)



5

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

”

Wie im Whirlpool.

*Das Blubbern und leicht
durchgerüttelt werden –
so fühlt sich das an.
Max*



8

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)

Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)

Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)

Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)

Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)

Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)

Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)

Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)

11

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

Datum _____ Stimulation _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)

Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)

Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)

Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)

Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)

Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)

Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)

Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)

Datum _____ Stimulation _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



”

Auf einmal

*hat Jasmin angefangen,
auch ihre linke Hand beim
Spielen einzusetzen.*

14

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



”

Glücklich,

*aufgerichtet und lebensfroh.
Es ist für mich total wichtig,
Max schmerzfrei zu sehen.
Peggy, Mutter von Max*

22

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)

Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)

Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)

Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)

Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)

Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)

Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)

Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)

23

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



”

Bevor ich,

*den Mollii bekam, konnte ich
weder gerade sitzen noch
meine Beine kreuzen.*

Lea

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)

Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)

Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)

Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)

Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)

Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)

Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)

Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Entfernungen gehen (> 1 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31

Datum _____ Stimulationszeit _____ Uhr



Schlaf (Dauer und / oder Qualität)

Schmerzlinderung (in einem oder mehreren Körperteilen)

Muskelentspannung (einzelne Bereiche oder ganzer Körper)

Kurze Entfernungen gehen (innen und / oder außen)

Lange Entfernungen gehen (> 1 km)

An- und ausziehen von Kleidung / Schuhen (Gleichgewicht, Zeitfaktor)

Hausarbeiten erledigen (Sicherheit und Schnelligkeit)

Unebenes gehen, Treppe steigen, klettern (Balance und Sicherheit)

Körperhygiene (Toilettengang, Duschen, Zähne putzen etc.)

Stimmung (mentale / emotionale Verfassung)



”

*Nach der Stunde
ist es, als würde man
einem Kind bei den ersten
Schritten zusehen.
Christin, Therapeutin*

FAQs.

Zu welcher Uhrzeit sollte ich den Anzug tragen?

Das ist Ihre individuelle Entscheidung und so zu wählen, dass es gut in Ihren Alltag zu integrieren ist. Es empfiehlt sich möglichst immer die gleiche Zeit zu wählen. Einige starten nach der Stimulation gut in den Tag, und andere nutzen die Zeit am Abend für eine Entspannung. Auf die Dauer des Effektes hat die Uhrzeit keinen Einfluss.

Wie lange sollte ich den Anzug tragen?

Wir empfehlen die tägliche Nutzungsdauer von 1 Std. Der Timer in der Steuereinheit ist genau auf 60 Min. vorprogrammiert und kann mittels Pause kurz angehalten werden. Sie sollten den Anzug mind. alle 24 oder max. alle 48 Std. nutzen, länger hält der sogenannte Carry-Over Effekt nicht an und der Körper befindet sich dann wieder in Ausgangslage. Ihre individuellen Nutzungszeiten legt Ihr behandelnder Arzt fest! Sollten Sie einmal keine Möglichkeit oder die Nutzung vergessen haben, so führen Sie die Behandlung wie gehabt fort.

Wo sollte ich den Anzug tragen?

Wo Sie möchten. Wir empfehlen keinen zu intensiven Sport bzw. Belastung und den Abstand zu technischen Geräten wie Smartphone, Tablet und PC von mind. 30 cm zu allen Elektroden. Nutzen Sie die Zeit zum Entspannen, bei leichter Therapie oder im Haushalt. Vermeiden Sie den Kontakt mit Speisen und Getränken und starkkriechenden Stoffen. Für Kinder eine besondere Herausforderung? Wie wäre es mit einem Hörbuch oder Musik? Hausaufgaben erledigen, malen oder einfach nur spielen geht natürlich auch mit dem Anzug.

Wie wasche ich den Anzug?

Der Anzug kann mit der Hand oder in der Maschine bei max. 40 °C mit einem Feinwaschmittel ohne Weichspüler gewaschen werden. Bitte verwenden Sie die dafür vorgesehenen Waschbeutel für die Hose und die Jacke. Bitte nicht in den Trockner geben oder bügeln. Waschen begrenzt die Lebenszeit des Anzugs, daher

gilt: man sollte den Anzug so wenig wie möglich und so viel wie nötig waschen. Bei bis zu 25 Zyklen gewährleisten wir eine einwandfreie Nutzung. Mittels Steamer ist die Reinigungshäufigkeit unbegrenzt, sprechen Sie dafür Ihr Sanitätshaus an.

Wie reinige ich die Steuereinheit?

Reinigen Sie das Bediengerät, die magnetischen Verteiler, die Verbindungen und die Elektroden mindestens alle zwei Monate mit einem leicht angefeuchteten Tuch ohne Reinigungsmittel und natürlich nur, wenn das Gerät ausgeschaltet ist!

Wann, wie und wo müssen die Batterien gewechselt werden?

Die Steuereinheit läuft über vier AAA Batterien, die in dem Batteriefach auf der Rückseite gewechselt werden können. Dafür das Batteriefach durch Lösen von vier kleinen Schrauben öffnen und die Batterien tauschen. Bitte auf das korrekte Einlegen achten und keine Akkus verwenden. Der entsprechende Ladezustand wird angezeigt. (ca. 7 Stimulationszyklen).

Wie bewahre ich den Anzug und die Steuereinheit zwischen den Stimulationseinheiten auf?

Lagern Sie die Teile trocken und vor Schädigung oder unzulässige Nutzung durch Dritte geschützt bei normaler Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit. Legen Sie jeweils immer zwei der Elektroden aufeinander und hängen Sie den Anzug zum Lüften auf.



Hinweis

Sollten weitere Fragen aufkommen, es Komplikationen oder Probleme mit der Nutzung geben, so wenden Sie sich zuerst an das Sanitätshaus, wo Sie den Anzug bekommen haben.

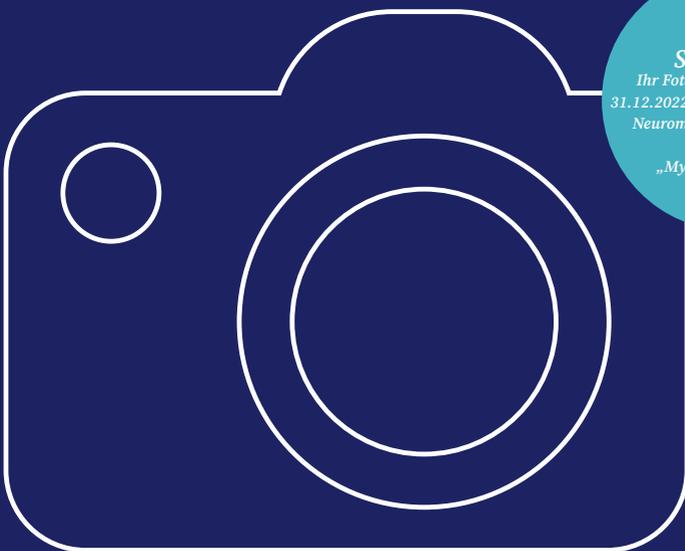
Weitere Informationen zum Produkt, über andere Anwender und deren Alltag mit dem Anzug finden Sie hier: www.ottobock.com/de-de/product/28XP1000

Mitmachen. My Mollii Moments.

Bilder sind für die Ewigkeit. Fotos und Videos können besondere Situationen festhalten. Gab es den einen Moment mit dem Exopulse Suit, der besonders war? Das Gefühl bei der ersten Stimulation, das erste Laufen danach, ein längerer Spaziergang der wieder möglich war oder einfach nur ein glückliches Kinderlächeln, weil die Spastik-Reduzierung das Spielen erleichterte?

All das sind besondere Momente, die wir gerne feiern möchten. Wir suchen den „My Mollii Moment“ und verlosen unter allen Teilnehmern:

- **Werde Gesicht einer Ottobock-Kampagne!**
Es erwartet dich ein professionelles Shooting, wo du mit deiner Geschichte im Mittelpunkt stehst.
- **Gewinne zusätzlich eine professionelle Kamera,**
um weitere besondere Momente in deinem Leben festzuhalten.



”

Senden Sie

*Ihr Foto oder Video bis zum
31.12.2022 an Marktmanagement-
Neuromobility@ottobock.de,
Stichwort:
„My Mollii Moments“*



Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH
Max-Näder-Straße 15 · 37115 Duderstadt
T + 49 5527 848 3455 · F +49 5527 848 1510
orthetik@ottobock.de · www.ottobock.com