

Körperregion, die behandelt wurde (bitte ankreuzen)	Ganzer Körper Oberkörper inkl. Schulter/Arme/HWS Untere Extremitäten, Hüfte, LWS				
Diagnosegruppe (bitte ankreuzen)	Neurologie Orthopädie Pneumologie Kardiologie Sonstiges:				
	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (teils gut/teils schlecht)	4 (schlecht)	5 (sehr schlecht)
Wie fanden Sie die Videotherapie insgesamt?					
Wie war die Video-Qualität?					
Wie konnten Sie ihren Therapeuten verstehen?					
Konnten Sie den Anweisungen des Therapeuten folgen?					
Konnten Sie die geforderten Übungen ausführen?					
Wie war die Bedienung des Tablets?					
Wie war die Sicherheit während der Physiotherapie?					
	Ja		Nein		
Würden Sie Videotherapie als Alternative während der Corona-Krise annehmen?					
Ist die Videotherapie für Sie zukünftig eine Alternative zur normalen Physiotherapie?					
Haben Sie sich durch die Video-Therapie mehr bewegt als ohne?					
Haben Sie die Therapie vorzeitig abgebrochen?					

Bei Therapieabbruch: welcher Grund hat dazu geführt?

Zusätzliche Kommentare: