

Datum	
Probanden Alter	
Probanden Geschlecht	
Diagnose	
Behandelte Körperregion (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Ganzer Körper <input type="checkbox"/> Oberkörper, inkl. Schulter, Arme, HWS <input type="checkbox"/> Untere Extremität inkl. Hüfte, LWS

	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (teils gut/teils schlecht)	4 (schlecht)	5 (sehr schlecht)
Wie fanden Sie die Videotherapie?					
Wie war die Video-Qualität?					
Wie konnten Sie ihren Probanden verstehen?					
Konnte der Proband Ihren Anweisungen folgen?					
Wie bewerten Sie die Sicherheit des Probanden während der Therapie?					
Konnte der Proband Ihrer Meinung nach das Tablet bedienen?					
Wie war die Bedienung der Anwendung für die Videotherapie?					
Waren alle relevanten Bereiche im Bildausschnitt für Sie erkennbar?					

Therapieabbruch: nein/ ja, wegen: _____

Zusätzliche Kommentare:

Bitte geben Sie uns abschließend eine generelle Einschätzung der Videotherapie

Datum	
Wie viele Videotherapien haben Sie insgesamt durchgeführt innerhalb der Studie?	Anzahl Therapien: Abgebrochene Verordnungen:
Welche Art der Therapie wurde durchgeführt? (mehrere Auswahlmöglichkeiten)	Allgemeine Bewegungsübungen Atemtherapie Allg. Hockergymnastik Balance-Übungen Kräftigungsübungen Sonstiges: _____
Welche Hilfsmittel wurden vom Patienten verwendet? (mehrere Auswahlmöglichkeiten)	Stuhl mit Armlehne: Stuhl ohne Armlehne: Hocker Stab Theraband Wasserflasche Hantel Handtuch Sonstiges: _____

	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (teils gut/teils schlecht)	4 (schlecht)	5 (sehr schlecht)
Wie war die Erfahrung mit der Videotherapie?					
Wie war die Video-Qualität?					
Wie konnten Sie ihre Patienten verstehen?					
Wie gut konnten die Patienten Sie verstehen?					
Wie konnten die Patienten Ihren Anweisungen folgen?					
Wie konnten die Patienten Ihrer Meinung nach das Tablet bedienen?					
Wie konnten Sie Ihren PC/Laptop während der Behandlung bedienen?					

	Ja	Nein
Hatten Sie Angst, dass die Person während der Therapie stürzt?		
Ist die Videotherapie für Sie eine Alternative zur normalen Physiotherapie während der Corona-Krise?		
Ist die Videotherapie für Sie eine Alternative zur normalen Physiotherapie?		
Hatten Sie das Gefühl, dass der Aufwand größer als der Nutzen ist?		

Zusätzliche Kommentare:

Feedback-Interview ConVideo Physiotherapeut*innen

1. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, Videotherapie in den Leistungskatalog aufzunehmen?
Welche Vor- oder Nachteile sehen Sie?

2. Nach Ihren bisherigen Erfahrungen: Sehen Sie Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung der Videotherapie?

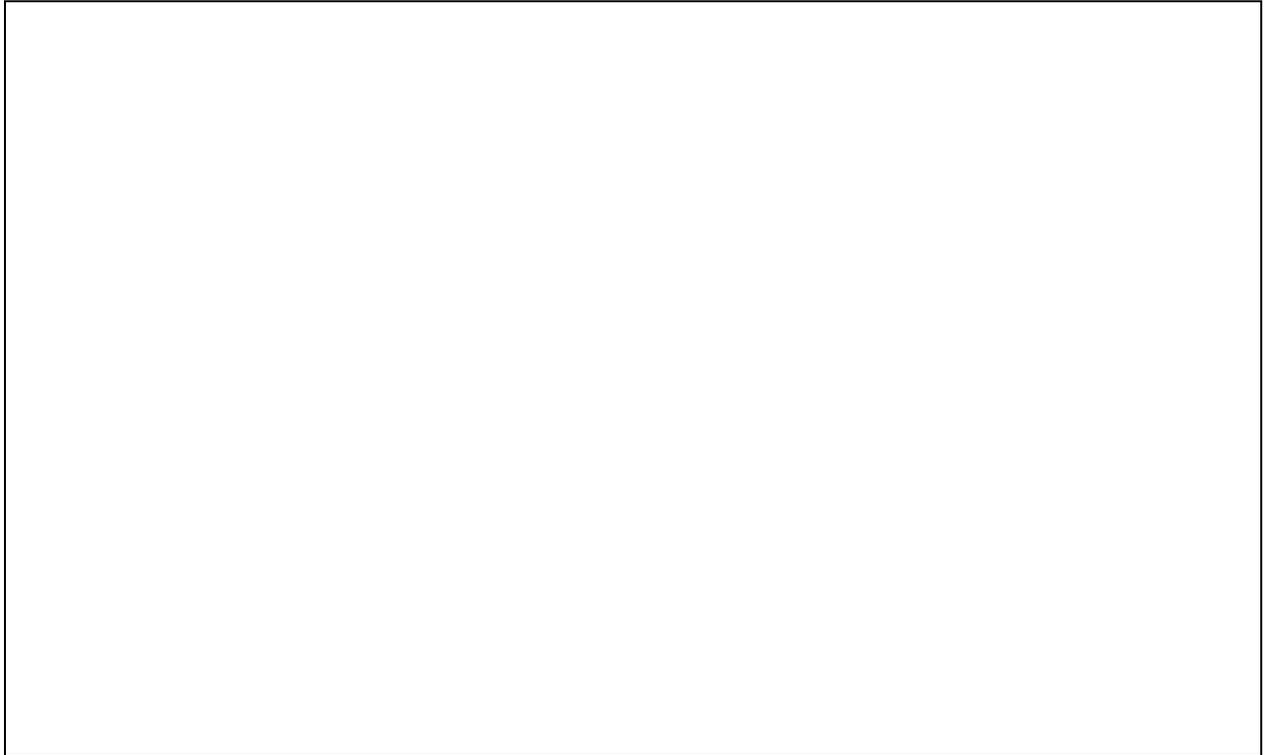
Ich sehe Unterstützungsbedarf bei: (Mehrfachantworten möglich)

- Mir selbst
- Meinen Kolleg*innen / Mitarbeiter*innen
- in anderen Praxen
- kein Unterstützungsbedarf bei den oben genannten
- Sonstige: _____

Wobei sehen Sie Unterstützungsbedarf? (Mehrfachantworten möglich)

- PC-Kompetenz
- Software-Anwendung für die Videotherapie
- inhaltliche Aspekte bei der Durchführung einer Videotherapie
- Sonstige: _____

Bitte beschreiben Sie kurz, welche konkreten Maßnahmen Sie sich vorstellen könnten:



3. Wie schätzen Sie die generelle Bereitschaft Ihrer Patient*innen zur Teilnahme an der Videotherapie ein? Was könnte Patient*innen davon abhalten, Videotherapie zu nutzen?

