

# Kør godt

Spørgeskema til manuel kørestol



Spørgsmål	Svar
Navn (manuel kørestolsbruger)	
Dato (dag, måned, år)	
Udfyldte du selv spørgeskemaet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis du fik hjælp til at udfylde skemaet, hvad er navnet på hjælperen?	
Hvad er din relation til denne person?	<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Ven <input type="checkbox"/> Plejepersonale <input type="checkbox"/> Anden

### Introduktion til spørgeskemaet

- I spørgeskemaet bliver du spurgt om forskellige færdigheder, som du kan udføre i din manuelle kørestol. De går fra helt grundlæggende færdigheder i starten til mere avancerede i slutningen af skemaet.
- Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Formålet med spørgeskemaet er at hjælpe os med at forstå, hvordan du bruger din manuelle kørestol.
- Det tager ca. 10 minutter at udfylde spørgeskemaet, men giv dig god tid til at svare på spørgsmålene.
- Der bliver stillet tre spørgsmål til hver enkelt færdighed. Du kan se de mulige svar, og hvad de betyder, her:

<b>Spørgsmål:</b> Kan du udføre denne færdighed?	
Mulige svar	Dette betyder
Ja	Du kan udføre færdigheden sikkert uden hjælp og uden besvær
Ja, med besvær	Ja, men ikke så godt som du gerne vil
Nej	Du har aldrig udført færdigheden eller tror ikke, du kan gøre det lige nu
Ikke muligt	Hvis det ikke er muligt at udføre færdigheden med din manuelle kørestol

<b>Spørgsmål:</b> Hvor ofte udfører du rent faktisk denne færdighed i hverdagen?	
Mulige svar	Dette betyder
En eller flere gange om dagen	Du udfører den normalt mindst en gang om dagen
En eller flere gange om ugen	Du udfører den normalt mindst en gang om ugen
En eller flere gange om måneden	Du udfører den normalt mindst en gang om måneden
En eller flere gange om året	Du udfører den normalt mindst en gang om året
Aldrig	Du udfører den normalt mindre end en gang om året eller aldrig

<b>Spørgsmål:</b> Vil du gerne have træning i at udføre denne færdighed?	
Mulige svar	Dette betyder
Ja	Jeg vil gerne have træning i at udføre færdigheden
Nej	Nej, jeg er ikke interesseret i at få træning i at udføre færdigheden

## Kør Godt – Spørgeskema til manuel kørestol

- Skriv i boksen nedenfor, hvis du allerede nu ved, at der er nogle færdigheder, du gerne vil træne. Du får også mulighed for at angive ønsker om træning senere i spørgeskemaet.

- Læs venligst spørgsmålene på den næste side og sæt kryds i de bokse, der passer.
- Hvis du har mere end én manuel kørestol, gælder spørgsmålene for den manuelle kørestol, du bruger mest.
- Hvis en færdighed kan udføres både til venstre og højre, fx at dreje rundt om et hjørne, forventes det, at du kan udføre den til begge sider.
- Hvis du har kommentarer, kan du skrive dem i slutningen af spørgeskemaet.

(fortsættes næste side)

Kør Godt – Spørgeskema til manuel kørestol

#	Beskrivelse af færdighed	Svar (Kun ét svar for hvert spørgsmål)		
		Kan du udføre den?	Hvor tit udfører du den?	Ønsker du træning?
1	Køre fremad over en kort strækning, fx gennem en kort entré.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2	Køre baglæns over kort strækning, fx for at bakke væk fra et bord.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3	Dreje rundt om et hjørne.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Ja, med besvær	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4	Bakke rundt om et hjørne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5	Vende 180 grader.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6	Manøvrere 0,5 m til siden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7	Køre gennem en almindelig dør, og lukke døren efter dig.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8	Nå en højt placeret	<input type="checkbox"/> Ja	En eller flere gange om:	<input type="checkbox"/> Ja

Kør Godt – Spørgeskema til manuel kørestol

	genstand	<input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Nej
9	Samle en genstand op fra gulvet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10	Lette vægten fra bagdelen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11	Flytte dig til og fra en anden siddeflade	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12	Klappe kørestolen sammen og folde den ud.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13	Køre en længere strækning, fx 100 m på et jævnt underlag.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14	Undgå at køre ind i pludselige forhindringer, fx mennesker der går ind foran dig.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15	Køre op ad en lille stigning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Kør Godt – Spørgeskema til manuel kørestol

16	Køre ned ad en lille hældning.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17	Køre op ad en større stigning.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18	Køre ned ad en større hældning.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19	Køre tværs hen over et let skrånende underlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20	Køre et kort stykke på et blødt underlag, fx grus.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21	Køre over et hul, fx et hjulspor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22	Køre over en forhindring, fx et dørtrin.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
23	Køre op over en lille kant, fx når du skal ind i en bygning.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Kør Godt – Spørgeskema til manuel kørestol

24	Køre kørestolen ned ad en lav kant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
25	Køre op over en høj kant, fx en kantsten uden opkørsel.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
26	Køre nedover en høj kant,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
27	Balancere på baghjulene i 30 sekunder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
28	Balancere på baghjulene og dreje en halv omgang rundt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
29	Balancere på baghjulene og køre ned ad en stejl rampe.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
30	Balancere på baghjulene og køre ned over en høj kant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
31	Flytte sig fra gulvet op i kørestolen, fx efter at være faldet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Kør Godt – Spørgeskema til manuel kørestol

32	Køre ned ad trapper	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med besvær <input type="checkbox"/> Nej	En eller flere gange om: <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> ugen <input type="checkbox"/> måneden <input type="checkbox"/> året <input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
----	---------------------	--	---	---

Hvis du har kommentarer til de spørgsmål, du har besvaret ovenfor, kan du skrive dem i boksen nedenfor.

Hvis du har ønsker om træning, kan du skrive dem i boksen nedenfor.

Der vil blive udarbejdet en kort rapport på baggrund af de svar, du har givet i spørgeskemaet. Hvis du vil have en kopi af rapporten til dig selv eller en anden, kan du i boksen nedenfor skrive navn, adresse og e-mail på den person, der skal have rapporten tilsendt.

Dette er afslutningen på spørgeskemaet. Tak fordi du udfyldte det.