

6-MINUTEN-GEHTEST: Dokumentationsbogen

Name, Vorname: _____ ID : _____

Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ Alter: _____

Runden: _____ **Meter:** _____

Raumluft: <input type="checkbox"/>	O₂		
	<input type="checkbox"/> Flüssig-O ₂ (Dauer ⇔ Demand?) Modell: _____ Liter oder Stufe: _____	<input type="checkbox"/> Konzentrator: Dauer ⇔ Demand?: Modell: _____ Angabe Stufe: _____	
	<input type="checkbox"/> Rucksack <input type="checkbox"/> über Schulter getragen <input type="checkbox"/> Caddy <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
Hilfsmittel:			
<input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> sonstiges: _____			
Pausen/Abbruch			
Pausen (von – bis): _____		Abbruch bei: _____	
Gründe für Pausen oder Abbruch: _____			
	Borg	Sauerstoffsättigung	Herzfrequenz
Vor			
Nach			

Motivation Sprache Verständnis sonstiges: _____

