



## Gross Motor Function Measure (GMFM) – Seminar

Referentinnen: U. Michaelis und S. Stein (Universität Freiburg)

### Seminar für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Ärzte

Die Gross Motor Function Measure (GMFM) ist ein Instrument, mit dem Veränderungen der körpermotorischen Fähigkeiten bei Kindern mit Zerebralparese gemessen werden können. Die GMFM ist ein standardisierter und validierter Test zur praktischen und wissenschaftlichen Evaluation des Behandlungseffekts einer physiotherapeutischen, orthopädischen, operativen oder einer medikamentösen Therapie. An Hand der Testergebnisse kann der therapeutische Erfolg objektiv erfasst und gegebenenfalls die therapeutische Strategie optimiert werden. Das Verfahren misst vor allem die Quantität, weniger die Qualität motorischer Fähigkeiten von Kindern mit Bewegungsstörungen.

Die GMFM ist das weltweit am meisten akzeptierte Evaluationsinstrument für Kinder mit Zerebralparese. Ebenfalls Gegenstand dieses Kurses ist das Gross Motor Function Classification System (GMFCS), eine altersabhängige Klassifikation. Anhand dieser Klassifikation lässt sich die Prognose der körpermotorischen Fähigkeiten bei Kindern mit Zerebralparese abschätzen.



Datum: Fr 26. – Sa 27. September 2008 je 9 – 16 Uhr

Ort: SPZ Frankfurt Mitte 4. Stock, Konferenzraum

Gebühr: 250 Euro (Seminar, Handbuch, Imbiss, Zertifikat)



# Umgebungsskizze



Eine genaue Wegbeschreibung finden Sie online unter [www.spz-frankfurt.de](http://www.spz-frankfurt.de) unter dem Menüpunkt „Kontakt“.

## Ansprechpartner

Michael Jung  
Ltd. Physiotherapeut  
T 069.943 40 95-60

## Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt Mitte

Theobald-Christ-Straße 16  
60316 Frankfurt am Main

T 069.943 40 95-0  
F 069.943 40 95-99  
E [spz@vae-ev.de](mailto:spz@vae-ev.de)

## Faxantwort GMFM - Seminar 069.943 40 95-99

**Ja,** ich möchte am GMFM-Seminar des SPZ Frankfurt Mitte am 26. und 27. September 2008 teilnehmen.

Ich überweise die Seminargebühr auf das  
Konto 50 500  
BLZ 50050201  
Kennwort: SPZ GMFM Seminar

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Berufsgruppe

\_\_\_\_\_  
Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
email

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

