THE McKENZIE INSTITUTE
Brustwirbelsäule

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Addresse _____

Telefon _____

Geb.datum _____ Alter _____

Überweisung: *Hausarzt / Orthopäde / Anderes* _____

Arbeitsbelastung _____

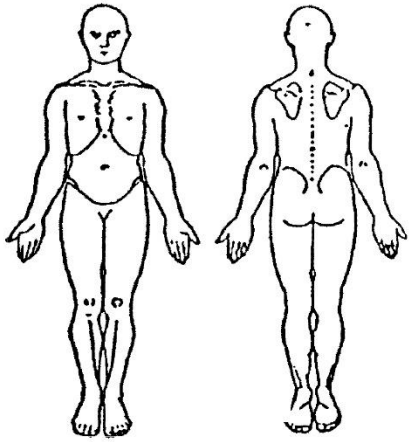
_____

Freizeitaktivitäten _____

_____

Funktionelle Einschränkungen in der aktuellen Episode

_____



Fragebögen _____

NPRS (0-10) _____

Aktuelle Symptome _____

Dauer _____ *verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd*

Auslöser _____ kein Auslöser

Anfangssymptome _____

Konstante Symptome _____ Intermittierende Symptome _____

Schlechter *Beugen* *Sitzen / Aufstehen* *Kopf drehen / Thorax drehen* *Stehen* *Liegen*

Morgens / Tagsüber / Abends *Ruhe / Bewegung*

Anderes _____

Besser *Beugen* *Sitzen / Aufstehen* *Kopf drehen / Thorax drehen* *Stehen* *Liegen*

Morgens / Tagsüber / Abends *Ruhe / Bewegung*

Anderes _____

Gestörter Schlaf *Ja* / Nein Schlafstellung: *BL / RL / SL R / L* Kissen: _____

_____

Vorgeschichte Wirbelsäule _____

_____

Frühere Behandlungen _____

_____

SPEZIFISCHE FRAGEN

Husten / Niesen / Tiefe Atmung _____ Gang / Obere Extremität: *normal / abnormal*

Medikamente: _____

Allgemeine Gesundheit / Andere Erkrankungen: _____

_____ Kürzliche / Relevante Operation: *Ja / Nein* _____

Krebs in der Vorgeschichte: *Ja / Nein* Unerwarteter Gewichtsverlust: *Ja / Nein*

Trauma in der Vorgeschichte: *Ja / Nein* _____ Bildgebung: *Ja / Nein* _____

Ziele / Erwartungen: _____

McKenzie Institute International 2020©

Klinische Untersuchung

HALTUNG

Sitzen: *aufrecht / neutral / durchhängend* HWS-Protraktion: *Ja / Nein* Haltungsveränderung: *schlechter / besser / kein Effekt*

Stehen: *neutral / kyphotisch* _____

Andere Beobachtungen / Funktionelle Baselines: _____

NEUROLOGIE (obere und untere Extremität)

Motorisches Defizit _____ Reflexe _____

Sensorisches Defizit _____ Neurodynamische Tests _____

Bewegungsverlust	groß	mäßig	klein	kein	Schmerz
Flexion					
Extension					
Rotation R					
Rotation L					
Anderes					

HWS Repetierte Tests

Rep Pro _____

Rep Ret _____

Rep Ret Ext _____

Rep LF - R _____

Rep LF - L _____

Rep ROT - R _____

Rep ROT - L _____

Rep Flex _____

TESTBEWEGUNGEN **Beschreibe den Effekt auf den aktuellen Schmerz**

WÄHREND: produziert, eliminiert, verstärkt, reduziert, kein Effekt, zentralisierend, peripheralisierend

HINTERHER: besser, schlechter, nicht besser, nicht schlechter, kein Effekt, zentralisiert, peripheralisiert

	Symptomatische Antwort während der Tests	**Symptomatische Antwort** nach den Tests	**Mechanische Antwort** Effekt - ↑,↓ ROM funktionelle Tests	**Mechanische Antwort** kein Effekt
Aktuelle Symptome im Sitzen _____				
FLEX _____				
Rep FLEX _____				
EXT _____				
Rep EXT _____				
Aktuelle Symptome im Liegen _____				
EIL (BL) _____				
Rep EIL (BL) _____				
EIL (RL) _____				
Rep EIL (RL) _____				
Aktuelle Symptome im Sitzen _____				
ROT - R _____				
Rep ROT - R _____				
ROT - L _____				
Rep ROT - L _____				
Andere Bewegungen _____				

STATISCHE TESTS Flex / Ext / Rotation / Anderes _____ **ANDERE TESTS** _____

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

Derangement zentral oder symmetrisch unilateral oder asymmetrisch

Directional Preference: _____

Dysfunktion: Richtung _____ **Haltung** **ANDERES** Subgruppe: _____

Mögliche Treiber für Schmerz und/oder Einschränkung: Kontext Kognitiv-Emotional Komorbiditäten

_____

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Edukation _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____ Unterschrift _____

McKenzie Institute International 2020©