



THE MCKENZIE INSTITUTE

Brustwirbelsäule

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Adresse _____

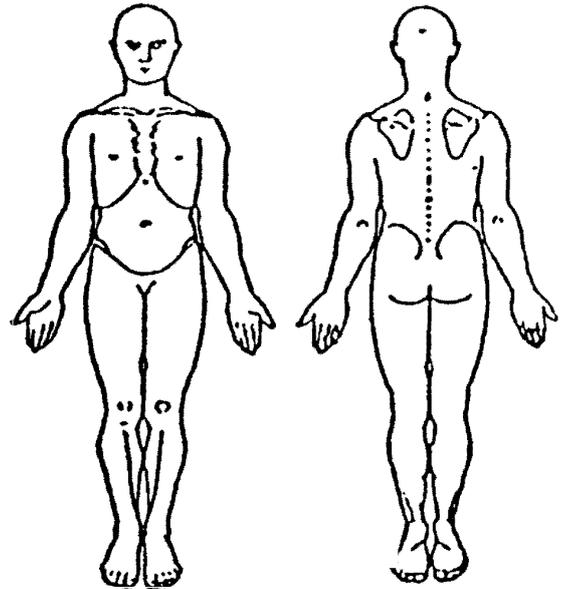
Telefon _____

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	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen / Aufstehen</i>	<i>Kopf drehen / Thorax drehen</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abends</i>	<i>Ruhe / Bewegung</i>	<i>Stehen</i>
	<i>Anderes</i>	_____	<i>Liegen</i>

Besser	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen / Aufstehen</i>	<i>Kopf drehen / Thorax drehen</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abends</i>	<i>Ruhe / Bewegung</i>	<i>Stehen</i>
	<i>Anderes</i>	_____	<i>Liegen</i>

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: _____

