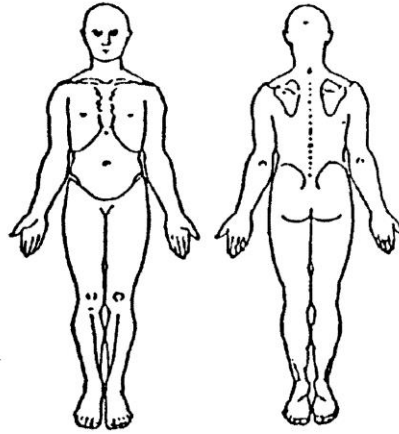




Datum _____
 Name _____ Geschlecht _____
 Adresse _____
 Telefon _____
 Geb. datum _____ Alter _____
 Überweisung: *Allgemein / Orth. / selbst* _____
 Arbeitsbelastung _____
 Freizeitaktivitäten _____
 Funktionelle Einschränkungen in dieser Episode _____



Händigkeit: Rechts / Links

Aktuelle Symptome _____
 Dauer _____ *verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd*
 Auslöser _____ kein Auslöser
 Anfangssymptome _____ Parästhesien: ja / nein
 Wirbelsäulenbeschwerden _____ Husten / Niesen + / -
 Konstant Symptome: _____ Intermittierende Symptome: _____

Schlechter *Beugen Sitzen Kopf drehen Anziehen Arm heben Greifen*
Morgens / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Schlaf: BL / RL / SL R / L
 Anderes _____
Besser *Beugen Sitzen Kopf drehen Anziehen Arm heben Greifen*
Morgens / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Schlaf: BL / RL / SL R / L
 Anderes _____

Fortgesetzte Aktivität: *besser schlechter kein Effekt* Gestörter Schlaf *ja / nein*
 Ruheschmerz: *ja / nein* Lokalisation: HWS / Schulter / Ellbogen / Handgelenk / Hand
 Andere Fragen: *Schwellung Einschießen / Knacken / Blockieren Subluxieren*
 Vorgeschichte _____
 Frühere Behandlungen _____

Medikamente _____
 Allgemeine Gesundheit / Komorbiditäten: _____
 _____ kürzliche / relevante OP: *ja / nein* _____
 Krebs Vorgeschichte: *ja / nein* _____ Unerwarteter Gew.verlust: *ja / nein* _____
 Trauma: *ja / nein* _____ Bildgebung: *ja / nein* _____
 Ziele / Erwartungen _____

HALTUNGSBEOBACHTUNG:

Sitz: *aufrecht / neutral / durchhängend* Änderung der Haltung: *besser / schlechter / kein Effekt* Stand: *lordot./ neutral / kyphot.*
 Andere Beobachtungen: _____

NEUROLOGIE: nicht getestet / Motorik / Sensorik / Reflexe / Neurodynamik _____

BASISLINIEN: Schmerz und funktionelle Aktivität _____

EXTREMITÄT *Schulter / Ellbogen / Handgelenk / Hand* _____

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome						
						groß	mäßig	klein	kein	Symptome	
Flexion						Adduktion / Ulnaradduktion					
Extension						Abduktion / Radialadduktion					
Supination						Innenrotation					
Pronation						Außenrotation					
Anderes:						Anderes:					

Passive Tests: Symptome, Bewegungsausmaß, Überdruck: _____

	PDM	ERP

Widerstandstests _____

Anderer Tests / statische Positionen _____

WIRBELSÄULE

Bewegungsverlust _____
 Effekt repetierte Bewegungen _____
 Effekt statische Positionen _____
 Wirbelsäule: *nicht relevant / relevant / sekundäres Problem* _____

Basislinie / Symptome

Repetierte Tests	Symptomatische Antwort		Mechanische Antwort	
	Während PR, EL, verstärkt, reduziert, KE	Hinterher BE, S, NB, NS, KE	Effekt ↑ oder ↓ ROM Kraft, Funktion	kein Effekt

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION **Extremität** **Wirbelsäule**
Derangement _____ Directional Preference _____
Dysfunktion: Artikulär / Kontraktil _____ **HALTUNG** **ANDERES** Subgruppe _____

MÖGLICHE TREIBENDE KRÄFTE FÜR SCHMERZ/BEEINTRÄCHTIGUNG Komorbidität Kognitiv - Emotional Kontext
 Beschreibung: _____

BEHANDLUNGSPRINZIP
 Edukation _____
 Übung _____ Frequenz _____
 Andere Übungen / Interventionen _____
 Ziele des Managements _____

_____ Unterschrift _____