



McKENZIE INSTITUTE INTERNATIONAL

Untere Extremität

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Adresse _____

Telefon _____

Geb.datum _____ Alter _____

Überweisung: *Allg. / Orth. / selbst* _____

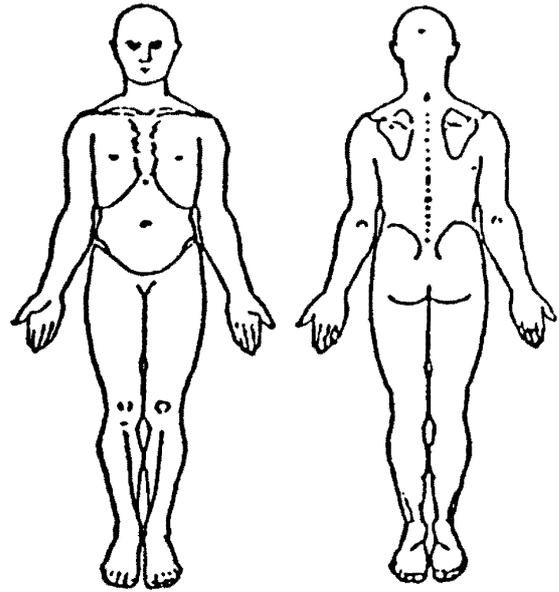
Arbeitsbelastung _____

Freizeitaktivitäten _____

Funktionelle Einschränkungen in dieser Episode _____

Outcome / Fragebogen _____

NPRS (0-10) _____



Aktuelle Symptome _____

Dauer _____ *verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd*

Auslöser _____ *kein Auslöser*

Anfangssymptome _____ *Parästhesien: ja / nein*

Wirbelsäulenbeschwerden _____ *Husten / Niesen + / -*

Konstant Symptome: _____ Intermittierende Symptome: _____

Schlechter	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen / Aufstehen / Anlaufen</i>	<i>Stehen</i>	<i>Gehen</i>	<i>Treppe</i>	<i>Hocke / Knien</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abend</i>	<i>Ruhe/ Bewegung</i>	<i>Schlaf: BL / RL / SL R / L</i>			
	<i>Anderes</i> _____					
Besser	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen</i>	<i>Stehen</i>	<i>Gehen</i>	<i>Treppe</i>	<i>Hocke / Knien</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abend</i>	<i>Ruhe / Bewegung</i>	<i>Schlaf: BL / RL / SL R / L</i>			
	<i>Anderes</i> _____					

Fortgesetzte Aktivität: *besser schlechter kein Effekt* *Gestörter Schlaf ja / nein*

Ruhschmerz *ja / nein* Lokalisation: *Rücken / Hüfte / Knie / Fuß*

Andere Fragen: *Schwellung Einschießen / Knacken / Blockieren* *Einknicken/ Stürze*

Vorgeschichte _____

Frühere Behandlungen _____

Medikamente _____

Allgemeine Gesundheit / Komorbiditäten: _____

_____ kürzliche / relevante OP: *ja / nein* _____

Krebs Vorgeschichte: *ja / nein* _____ Unerwarteter Gew.verlust: *ja / nein* _____

Trauma: *ja / nein* _____ Bildegebung: *ja / nein* _____

Ziele / Erwartungen: _____

Untersuchung

HALTUNGSBEOBACHTUNG

Sitz: *lordotisch / neutral / kyphotisch* Änderung der Haltung: *besser / schlechter / kein Effect* Stand: *lordotisch / neutral / kyphotisch*

Andere Beobachtungen: _____

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

BASISLINIEN: Schmerz und funktionelle Aktivität _____

EXTREMITÄT *Hüfte / Knie / OSG / Fuß* _____

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion					
Extension					
Dorsalextension					
Plantarflexion					
Anderes:					

	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Adduktion / Inversion					
Abduktion / Eversion					
Innenrotation					
Außenrotation					
Anderes:					

Passive Tests: Symptome, Bewegungsausmaß, Überdruck: _____

	PDM	ERP

Widerstandstests _____

Andere 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
aktive / passive Bewegung, Widerstand, Funktionstest				

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

Extremität

Wirbelsäule

Derangement _____ Directional Preference _____

Dysfunktion: Artikulär / Kontraktil _____ **HALTUNG ANDERES** Subgruppe _____

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

Beschreibung: _____

BEHANDLUNGSPRINZIP

Eduktion _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____

Unterschrift