



McKENZIE INSTITUTE INTERNATIONAL

Untere Extremität

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Adresse _____

Telefon _____

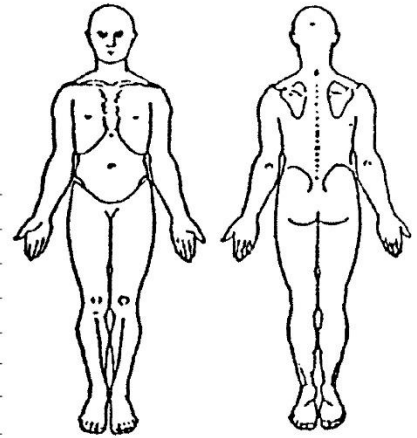
Geb.datum _____ Alter _____

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

Beugen Sitzen / Aufstehen / Anlaufen Stehen Gehen Treppe Hocke / Knien

Morgens / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Schlaf: BL / RL / SL R / L

Anderes _____

Besser

Beugen Sitzen Stehen Gehen Treppe Hocke / Knien

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: 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						Symptome						Symptome
	groß	mäßig	klein	kein			groß	mäßig	klein	kein		
Flexion							Adduktion / Inversion					
Extension							Abduktion / Eversion					
Dorsalextension							Innenrotation					
Plantarflexion							Außenrotation					
Anderes:							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

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

Derangement _____ **Extremität** _____ **Wirbelsäule** _____

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 _____