



THE MCKENZIE INSTITUTE Brustwirbelsäule

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Überweisung: Hausarzt / Orthopäde / Selbst _____

Arbeitsbelastung _____

Freizeitaktivitäten _____

Funktionelle Einschränkungen in der akuten Episode _____

Outcome / Fragebögen _____

NPRS (0-10) _____

Aktuelle Symptome _____

Dauer _____

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: _____

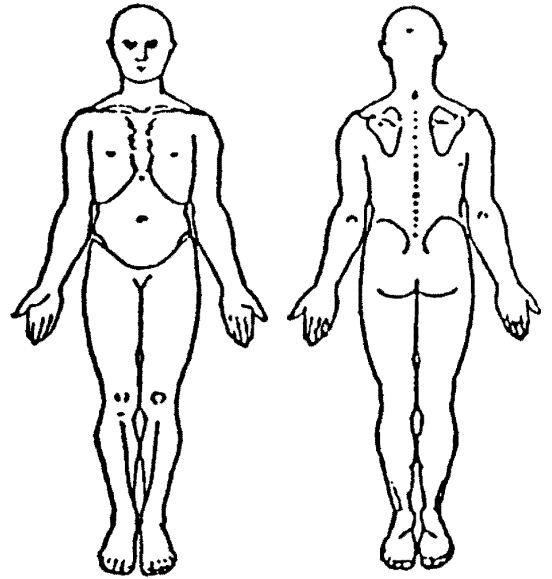
Allgemeine Gesundheit / Andere Erkrankungen: _____

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: _____



KLINISCHE UNTERSUCHUNG

HALTUNGSBEOBACHTUNG

Sitzen: *lordotisch / neutral / kyphotisch* HWS-Protraktion: *Ja / Nein* Änderung der Haltung: *Kein Effekt / Effekt* _____

Stehen: *neutral / kyphotisch* _____

Andere Beobachtungen / Funktionelle Basislinien: _____

NEUROLOGISCHE TESTS (obere und untere Extremität)

Motorisches Defizit _____ Reflexe _____

Sensorisches Defizit _____ Neurodynamische Tests _____

HWS repetierte Tests

Rep Pro _____

Rep Ret _____

Rep Ret Ext _____

Rep LF - R _____

Rep LF - L _____

Rep ROT - R _____

Rep ROT - L _____

Rep Flex _____

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion					
Extension					
Rotation R					
Rotation L					
Anderes					

TESTBEWEGUNGEN:

Beschreibe den aktuellen Effekt auf den Schmerz

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

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

Symptomatische Antwort		Mechanische Antwort	
während der Tests	nach den Tests	Effekt ROM oder funktionelle Tests	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 Bew. _____			

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

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

☐ Ernsthafte Pathologie: _____ ☐ Nicht-muskuloskelettale Erkrankung: _____

☐ Derangement *Directional Preference:* _____

☐ Artikuläre Dysfunktion / ANW ☐ Atypisches Mechanisches Syndrom

☐ Post-OP ☐ Radikuläres Syndrom ohne DP

☐ zentral / symmetrisch

☐ Chronisches Schmerz-Syndrom

☐ Spinale / Foraminale Stenose

☐ unilateral / asymmetrisch oberhalb vom Knie

☐ Entzündliche Gelenkerkrankung

☐ Strukturell geschädigt

☐ unilateral / asymmetrisch unterhalb vom Knie

☐ Haltungs-Syndrom

☐ Trauma / heilendes Trauma

Klassifikation Subgruppe / Beschreibung _____

MÖGLICHE TREIBENDE KRÄFTE FÜR SCHMERZ UND BEEINTRÄCHTIGUNG Komorbiditäten Kognitiv - Emotional Kontext
Beschreibung: _____

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Edukation _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen/ Interventionen _____

Ziel des Managements _____

Unterschrift _____