



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 _____

Schlechter _____

Beugen _____ Sitzen / Aufstehen _____ Kopf drehen / Thorax drehen _____ Stehen _____ Liegen _____

Morgens / Tagsüber / Abends _____ Ruhe / Bewegung _____

Anders _____

Beugen _____ Sitzen / Aufstehen _____ Kopf drehen / Thorax drehen _____ Stehen _____ Liegen _____

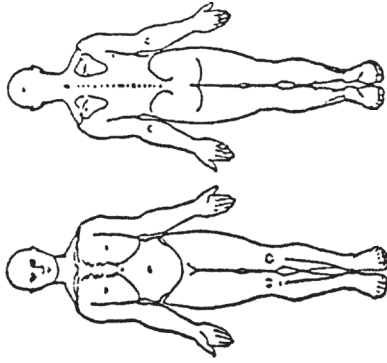
Morgens / Tagsüber / Abends _____ Ruhe / Bewegung _____

Anders _____

Gestörter Schlaf _____ Ja / Nein _____ Schlafstellung: BL / RL / SL R / L _____ Kissen: _____

Vorgeschichte Wirbelsäule _____

Frühere Behandlungen _____



_____ verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd

_____ Kein Auslöser _____

Intermittierende Symptome _____

Beugen _____ Sitzen / Aufstehen _____ Kopf drehen / Thorax drehen _____ Stehen _____ Liegen _____

Morgens / Tagsüber / Abends _____ Ruhe / Bewegung _____

Anders _____

Beugen _____ Sitzen / Aufstehen _____ Kopf drehen / Thorax drehen _____ Stehen _____ Liegen _____

Morgens / Tagsüber / Abends _____ Ruhe / Bewegung _____

Anders _____

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

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion					Rep Pro
Extension					Rep Ret
Rotation R					Rep Ret Ext
Rotation L					Rep LF - R
Anders					Rep LF - L
					Rep ROT - R
					Rep ROT - L
					Rep Flex

TESTBEWEGUNGEN:

Beschreibe den aktuellen Effekt auf den Schmerz

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

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

	Symptomatische Antwort	nach den Tests	Mechanische Antwort
Aktuelle Symptome im Sitzen	während der Tests		Effekt ROM oder funktionelle Tests
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

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

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

☐ Derangement *Directional Preference*: _____ ☐ *unilateral / asymmetrisch* ☐ *unilateral / asymmetrisch*

☐ Artikulare Dysfunktion / ☐ *zentral / symmetrisch* ☐ *oberhalb vom Knie* ☐ *unterhalb vom Knie*

☐ ANW ☐ Atypisches ☐ Chronisches Schmerz ☐ Entzündliche Gelenk- ☐ Haltungs-Syndrom

☐ ☐ Mechanisches Syndrom ☐ Erkrankung ☐ Trauma /

☐ Post-OP ☐ Radikulares Syndrom ☐ Spinale / Foraminale ☐ Strukturell geschädigt ☐ heilendes Trauma

☐ ☐ ohne DP ☐ Stenose

Klassifikation Subgruppe / Beschreibung

MÖGLICHE TREIBENDE KRÄFTE FÜR SCHMERZ UND BEEINTRÄCHTIGUNG

Beschreibung: _____ Komorbiditäten _____ Kognitiv - Emotional _____ Kontext _____

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Edukation _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen/ Interventionen _____

Ziel des Managements _____

Unterschrift _____