



# THE MCKENZIE INSTITUTE

## Halswirbelsäule

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Überweisung: *Hausarzt / Orthopäde / Selbst* \_\_\_\_\_

Arbeitsbelastung \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten \_\_\_\_\_

Funktionelle Einschränkung in der aktuellen Episode \_\_\_\_\_

Outcome / Fragebögen \_\_\_\_\_

NPRS (0-10) \_\_\_\_\_

Aktuelle Symptome \_\_\_\_\_

Dauer \_\_\_\_\_ *verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd*

Auslöser \_\_\_\_\_ kein Auslöser

Anfangssymptome: *HWS / OA / UA / Kopf* \_\_\_\_\_

Konstante Symptome: *HWS / OA / UA / Kopf* \_\_\_\_\_ Intermittierende Symptome: *HWS / OA / UA / Kopf* \_\_\_\_\_

Schlechter *Beugen Sitzen Drehen Liegen / Aufstehen vom Liegen*  
*Morgens / Tagsüber / Abends Ruhe / Bewegung*  
 Anderes \_\_\_\_\_

Besser *Beugen Sitzen Drehen Liegen*  
*Morgens / Tagsüber / Abends Ruhe / Bewegung*  
 Anderes \_\_\_\_\_

Gestörter Schlaf *Ja / Nein* Schlafstellung: *BL / RL / SL R / L* Kissen: \_\_\_\_\_

Vorgeschichte Wirbelsäule \_\_\_\_\_

Frühere Behandlungen \_\_\_\_\_

### SPEZIFISCHE FRAGEN

*Schwindel / Tinnitus / Übelkeit / Sehstörung / Sprechen* \_\_\_\_\_ Gang / Obere Extremität: *normal / abnormal*

Medikamente: \_\_\_\_\_

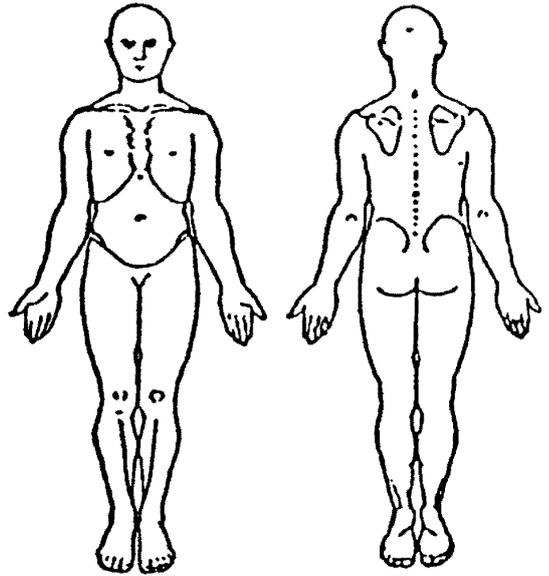
Allgemeine Gesundheit / Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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*      Seitliche Abweichung: *rechts / links / keine*  
 Änderung der Haltung: *kein Effekt / Effekt* \_\_\_\_\_      Seitliche Abweichung relevant: *Ja / Nein*  
 Andere Beobachtungen / Funktionelle Basislinien: \_\_\_\_\_

## NEUROLOGISCHE TESTS

Motorisches Defizit \_\_\_\_\_ Reflexe \_\_\_\_\_  
 Sensorisches Defizit \_\_\_\_\_ Neurodynamische Tests \_\_\_\_\_

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Protraktion					
Flexion					
Retraktion					
Extension					

	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Lateralflexion R					
Lateralflexion L					
Rotation R					
Rotation L					

### 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
<b>Aktuelle Symptome im Sitzen</b> _____				
PRO				
Rep PRO				
RET				
Rep RET				
RET EXT				
Rep RET EXT				
<b>Aktuelle Symptome im Liegen</b> _____				
RET				
Rep RET				
RET EXT				
Rep RET EXT				
<b>Aktuelle Symptome</b> _____				
LF - R				
Rep LF - R				
LF - L				
Rep LF - L				
ROT - R				
Rep ROT - R				
ROT - L				
Rep ROT - L				
FLEX				
Rep FLEX				
Andere Bewegungen _____				

**STATISCHE TESTS** Pro / Ret / Flex / Anderes \_\_\_\_\_      **ANDERE TESTS** \_\_\_\_\_

### PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

- Ernsthafte Pathologie: \_\_\_\_\_       Nicht-muskuloskeletale Erkrankung: \_\_\_\_\_
- Derangement *Directional Preference:* \_\_\_\_\_       zentral / symmetrisch       unilateral / asymmetrisch oberhalb vom Knie       unilateral / asymmetrisch unterhalb vom Knie
- Artikuläre Dysfunktion / ANW       Atypisches Mechanisches Syndrom       Chronisches Schmerz-Syndrom       Entzündliche Gelenkerkrankung       Haltungs-Syndrom
- Post-OP       Radikuläres Syndrom ohne DP       Spinale / Foraminale Stenose       Strukturell geschädigt       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 \_\_\_\_\_