



THE MCKENZIE INSTITUTE

Lendenwirbelsäule

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Überweisung: *Hausarzt / Orthopäde / Selbst* _____

Arbeitsbelastung _____

Freizeitaktivitäten _____

Funktionelle Einschränkungen in der aktuellen Episode _____

Outcome / Fragebögen _____

NPRS (0-10) _____

Aktuelle Symptome _____

Dauer _____ *verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd*

Auslöser _____ *kein Auslöser*

Anfangssymptome: *LWS / OS / US* _____

Konstante Symptome: *LWS / OS / US* _____ Intermittierende Symptome: *LWS / OS / US* _____

Schlechter *Beugen Sitzen / Aufstehen vom Sitzen Stehen Gehen Liegen*
Morgens / Tagsüber / Abends Ruhe / Bewegung
Anderes _____

Besser *Beugen Sitzen Stehen Gehen Liegen*
Morgens / Tagsüber / Abends Ruhe / Bewegung
Anderes _____

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

Vorgeschichte Wirbelsäule _____

Frühere Behandlungen _____

SPEZIFISCHE FRAGEN

Husten / Niesen / Pressen *Blase / Darm: normal / abnormal* *Gang: normal / abnormal*

Medikamente: _____

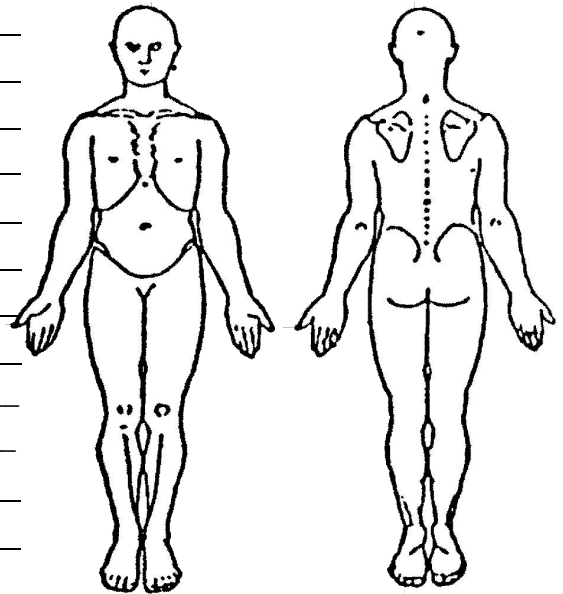
Allgemeine Gesundheit / Andere Erkrankungen: _____

_____ *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*

Änderung der Haltung: *kein Effekt / Effekt*

Stehen: *lordotisch / neutral / kyphotisch*

Shift: *rechts / links / keiner*

Shift relevant: *Ja / Nein*

Andere Beobachtungen / Funktionelle Basislinien:

NEUROLOGISCHE TESTS

Motorisches Defizit

Reflexe

Sensorisches Defizit

Neurodynamische Tests

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion					
Extension					
Seitgleiten R					
Seitgleiten 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 Stehen			
FIS			
Rep FIS			
EIS			
Rep EIS			
Aktuelle Symptome im Liegen			
FIL			
Rep FIL			
EIL			
Rep EIL			
Aktuelle Symptome			
SGIS - R			
Rep SGIS - R			
SGIS - L			
Rep SGIS - L			
Andere Bewegungen			

STATISCHE TESTS

Kyphotisches Sitzen / Lordotisches Sitzen / Langsitz / BL in Extension

ANDERE TESTS

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

☐ Ernsthafte Pathologie:

☐ Nicht-muskuloskelettale Erkrankung:

☐ Derangement *Directional Preference:*

☐ zentral / symmetrisch

☐ unilateral / asymmetrisch
oberhalb vom Knie

☐ unilateral / asymmetrisch
unterhalb vom Knie

☐ Artikuläre Dysfunktion /

☐ Atypisches

☐ Chronisches Schmerz-

☐ Entzündliche Gelenk-

☐ Haltungs-Syndrom

☐ ANW

☐ Mechanisches Syndrom

☐ Syndrom

☐ Strukturell geschädigt

☐ Trauma /

☐ 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

Ziele des Managements

Unterschrift