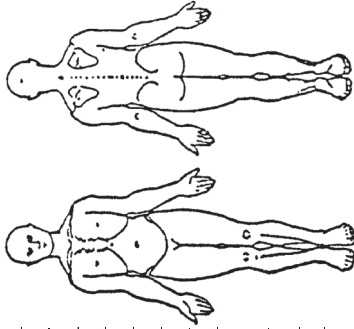




THE MCKENZIE INSTITUTE
OBERE EXTREMITÄT

Datum _____ Geschlecht _____
Name _____
Geburtsdatum _____ Alter _____
Überweisung: Hausarzt / Orthopäde / Selbst _____
Arbeitsbelastung _____
Freizeitaktivitäten _____
Funktionelle Einschränkung in dieser Episode _____
Outcome / Fragebogen _____
NPRS (0-10) _____



Händigkeit: Rechts / Links

Aktuelle Symptome _____
Dauer _____
Auslöser _____
Anfangssymptome _____
Wirbelsäulenbeschwerden _____
Kontante Symptome: _____
Intermittierende Symptome: _____
_____ verbessert / gleichbleibend / verschlechternd
kein Auslöser
Parästhesien: Ja / Nein
Husten / Niesen + / -

Schlechter Beugen Sitzen Drehen Anziehen Arm heben Greifen
Morgens / Tagsüber / Abends Ruhe / Bewegung Schlaf: BL / RL / SL R / L
Anderes _____
Besser Beugen Sitzen Drehen Anziehen Arm heben Greifen
Morgens / Tagsüber / Abends Ruhe / Bewegung Schlaf: BL / RL / SL R / L
Anderes _____

Fortgesetzte Aktivität: besser schlechter kein Effekt Gestörter Schlaf Ja / Nein
Ruheschmerz: Ja / Nein Lokalisation: HWS / Schulter / Ellbogen / Handgelenk / Hand
Anderer Fragen: Schwellung Einschießen / Knacken / Blockieren Einklinken / Stürze
Vorgeschichte: _____
Frühere Behandlungen: _____
Medikamente: _____
Allgemeine Gesundheit / Komorbiditäten: _____
_____ kürzlich relevante OP: Ja / Nein
Krebs Vorgeschichte: Ja / Nein _____ unerwarteter Gew.verlust: Ja / Nein
Trauma: Ja / Nein _____ Bildung: Ja / Nein
Ziele / Erwartungen: _____

KLINISCHE UNTERSUCHUNG

HALTUNGSBEOBACHTUNG

Sitzen: lordotisch / neutral / kyphotisch Änderung der Haltung: kein Effekt / Effekt _____
Stehen: lordotisch / neutral / kyphotisch
Andere Beobachtungen: _____

NEUROLOGISCHE TESTS: Nicht getestet / Motorik / Sensorik / Reflexe / Neurodynamik _____

BASISLINIEN: Schmerz und funktionelle Aktivität _____

EXTREMITÄT Schulter / Ellbogen / Handgelenk / Hand _____

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion										Adduktion/Ulnardeviation
Extension										Abduktion/Radiation
Dorsalextension										Innenrotation
Plantarflexion										Außenrotation
Anderes:										Anderes:

Passive Tests: Symptome, Bewegungsausmaß, Überdruck: _____

PDM	ERP

Widerstandstests: _____

Anderer 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
aktive / passive Bewegung, Widerstand, Funktionstest	Während PR, EL, verästert, reduziert, KE Hinterher BE, S, NB, NS, KE	Effekt Änderung ROM, Kraft, Funktion kein Effekt

PROVISORISCHE KLASSIKATION

Extremität _____ Wirbelsäule _____

☐ Erststufte Pathologie: ☐ Nicht-muskuloskeletale Erkrankung: _____
☐ Derangement ☐ Directional Preference: _____
☐ Chronisches Schmerz-Syndrom ☐ Entzündliche Gelenkerkrankung ☐ Kontraktile Dysfunktion ☐ Artikulare Dysfunktion ☐ Angewachsenes Syndrom
☐ Haltungs-Syndrom ☐ Weichteilerkrankung ☐ Strukturell geschädigt ☐ Trauma / helle Trauma ☐ Post OP

Klassifikation Subgruppe / Beschreibung _____

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

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Eduktion _____
Übung _____ Frequenz _____
Andere Übungen / Interventionen _____
Ziele des Managements _____
Unterschrift _____