



THE MCKENZIE INSTITUTE OBERE EXTREMITÄT

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Überweisung: Hausarzt / Orthopäde / Selbst _____

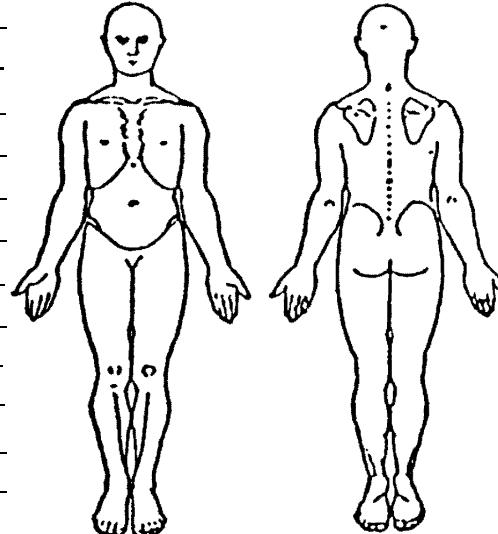
Arbeitsbelastung _____

Freizeitaktivitäten _____

Funktionelle Einschränkung in dieser Episode _____

Outcome / Fragebogen _____

NPRS (0-10) _____



Händigkeit: Rechts / Links

Aktuelle Symptome _____

Dauer _____ verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd

Auslöser _____ kein Auslöser

Anfangssymptome _____ Parästhesien: Ja / Nein

Wirbelsäulenbeschwerden _____ Husten / Niesen + / -

Konstante Symptome: _____ Intermittierende Symptome: _____

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

Andere Fragen: _____ Schwellung _____ Einschießen / Knacken / Blockieren _____ Subluxieren _____

Vorgeschichte: _____

Frühere Behandlungen: _____

Medikamente: _____

Allgemeine Gesundheit / Komorbiditäten: _____

_____ kürzlich relevante OP: Ja / Nein _____

Krebs Vorgeschichte: Ja / Nein _____ unerwarteter Gew.verlust: Ja / Nein _____

Trauma: Ja / Nein _____ Bildgebung: 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
Flexion					
Extension					
Dorsalextension					
Palmarflexion					
Anderes:					

	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Adduktion/Ulnarduktion					
Abduktion/Radialduktion					
Innenrotation					
Außenrotation					
Anderes:					

Passive Tests: Symptome, Bewegungsausmaß, Überdruck: _____

PDM ERP

Widerstandstests: _____

Andere Tests / statische Positionen: _____

WIRBELSÄULE

Bewegungsverlust _____

Effekt repeteierte Bewegungen _____

Effekt statische Postionen _____

Wirbelsäule nicht relevant / relevant / sekundäres Problem _____

Basislinie Symptome

Repetierte Tests	Symptomatische Antwort		Mechanische Antwort	
	Während	Hinterher	Effekt	kein Effekt
aktive / passive Bewegung, Widerstand, Funktionstest	PR, EL, verstärkt, reduziert, KE	BE, S, NB, NS, KE	Änderung ROM, Kraft, Funktion	

PROVISORISCHE KLASIFIKATION

Extremität

Wirbelsäule

- Ernsthafte Pathologie: _____ Nicht-muskuloskelettale Erkrankung: _____
- Derangement Directional Preference: _____ Artikuläre Dysfunktion Atypisches Mechanisches Syndrom
- Chronisches Schmerz-Syndrom Entzündliche Gelenkerkrankung Kontraktile Dysfunktion Peripheres Nervenproblem Post OP
- Haltungs-Syndrom Weichteilerkrankung Strukturell geschädigt Trauma / heilendes Trauma

Klassifikation Subgruppe / Beschreibung _____

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

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Edukation _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____

Unterschrift _____