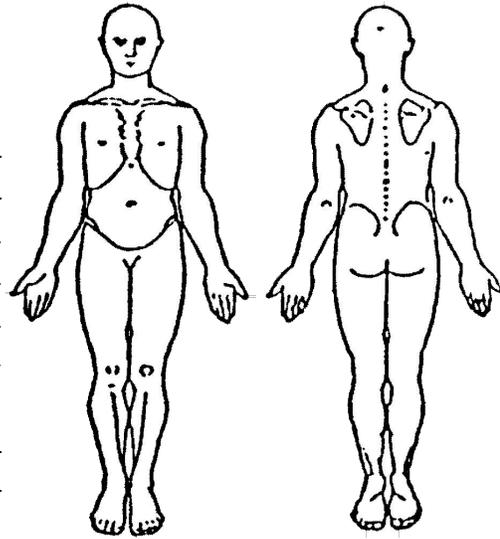




THE MCKENZIE INSTITUTE UNTERE EXTREMITÄT

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



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

Schlechter	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen / Aufstehen / Anlaufen</i>	<i>Stehen</i>	<i>Gehen</i>	<i>Treppe</i>	<i>Hocke / Knien</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abends</i>	<i>Ruhe / Bewegung</i>			<i>Schlaf: BL / RL / SL R / L</i>	
	<i>Anderes</i> _____					
Besser	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen</i>	<i>Stehen</i>	<i>Gehen</i>	<i>Treppe</i>	<i>Hocke / Knien</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abends</i>	<i>Ruhe / Bewegung</i>			<i>Schlaf: BL / RL / SL R / L</i>	
	<i>Anderes</i> _____					

Fortgesetzte Aktivität: *besser* *schlechter* *kein Effekt* Gestörter Schlaf: *Ja / Nein*
 Ruheschmerz: *Ja / Nein* Lokalisation: *LWS / Hüfte / Knie / Sprunggelenk / Fuß*
 Andere Fragen: *Schwellung* *Einschießen / Knacken / Blockieren* *Einknicken / 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 _____ 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 *Hüfte / Knie / Sprunggelenk / Fuß* _____

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion					
Extension					
Dorsalextension					
Plantarflexion					
Anderes:					

	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Adduktion/Inversion					
Abduktion/Eversion					
Innenrotation					
Außenrotation					
Anderes:					

Passive Tests: Symptome, Bewegungsausmaß, Überdruck: _____

PDM	ERP

Widerstandstests: _____

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

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

Extremität

Wirbelsäule

- Ernsthafte Pathologie: _____ Nicht-muskuloskeletale 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 FÜR DAS MANAGEMENT

Eduktion _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____

 Unterschrift _____