



McKenzie Institute International

Halswirbelsäule

Datum _____

Name _____ m / w

Adresse _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Überweisung: *Hausarzt / Orthopäde / Anderes* _____

Arbeitsbelastung _____

Freizeitaktivitäten _____

Funktionelle Einschränkungen in der aktuellen Episode _____

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 _____

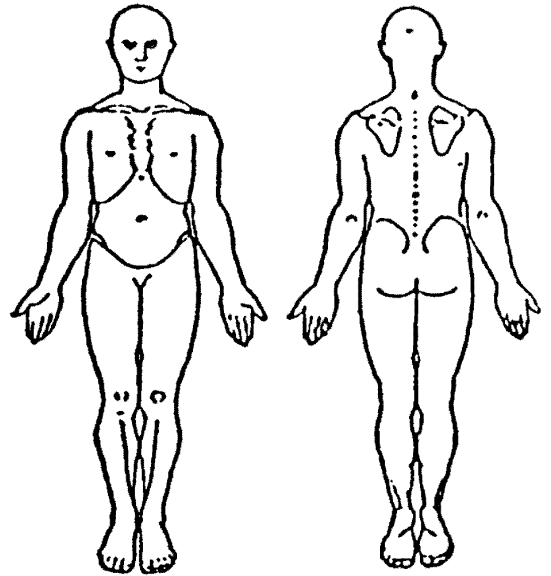
Allgemeine Gesundheit / Andere Erkrankungen: _____

_____ Kürzliche / Relevante Operation: *Ja / Nein* _____

Krebs in der Vorgeschichte: *Ja / Nein* _____ Unerwarteter Gewichtsverlust: *Ja / Nein* _____

Trauma in der Vorgeschichte: *Ja / Nein* _____ Bildung: *Ja / Nein* _____

Ziele / Erwartungen: _____



Klinische Untersuchung

HALTUNG

Sitzen: *aufrecht / neutral / durchhängend* HWS-Protraktion: *Ja / Nein* Seitliche Abweichung: *rechts / links / keine*
 Haltungsveränderung: *besser / schlechter / kein Effekt* _____ Seitliche Abweichung relevant: *Ja / Nein*
 Andere Beobachtungen / Funktionelle Basislinien: _____

NEUROLOGIE

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 Effekt auf den aktuellen 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	Mechanische Antwort	
			Effekt - ↑ oder ↓ ROM funktionelle Tests	kein Effekt
Aktuelle Symptome im Sitzen _____				
PRO _____				
Rep PRO _____				
RET _____				
Rep RET _____				
RET EXT _____				
Rep RET EXT _____				
Aktuelle Symptome im Liegen _____				
RET _____				
Rep RET _____				
RET EXT _____				
Rep RET EXT _____				
Aktuelle Symptome _____				
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

Derangement zentral / symmetrisch unilateral / asymmetrisch oberhalb Ellbogen unilateral / asymmetrisch unterhalb Ellbogen

Directional Preference: _____

Dysfunktion: Richtung _____ **Haltung** **ANDERES** Subgruppe: _____

Mögliche Treiber für Schmerz und/oder Einschränkung: Kontext Kognitiv-Emotional Komorbiditäten

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Eduktion _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____ Unterschrift _____