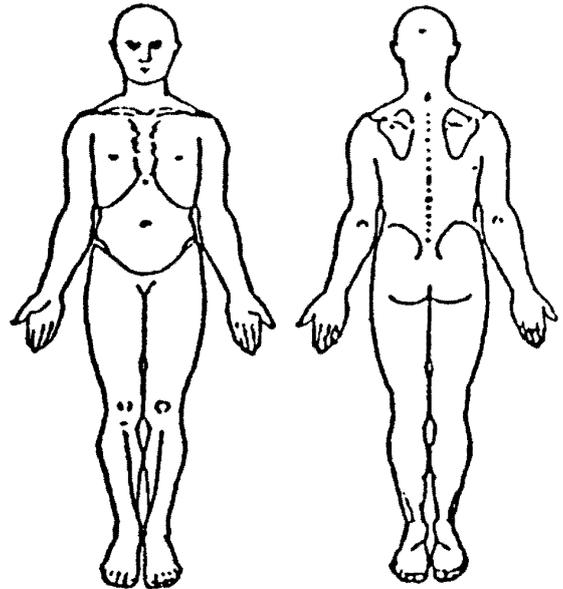




Lendenwirbelsäule

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: 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 Operationen: 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

HALTUNG

Sitzen: *lordotisch / neutral / kyphotisch* Haltungsveränderung: *besser / schlechter / kein Effekt* _____

Stehen: *lordotisch / neutral / kyphotisch* Shift: *rechts / links / keiner* Shift relevant: *Ja / Nein*

Andere Beobachtungen / funktionelle Basislinien _____

NEUROLOGIE

Motorisches Defizit _____ Reflexe _____

Sensorisches Defizit _____ Neurodynamische Tests _____

BEWEGUNGSVERLUST					Symptome
	groß	mäßig	klein	kein	
Flexion					
Extension					
Seitgleiten R					
Seitgleiten L					
Anderes					

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	Effekt - ↑ oder ↓ ROM 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

Sitzen zusammengesunken / aufrecht / BL in Extension / Langsitz _____

ANDERE TESTS _____

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

Derangement zentral / symmetrisch unilateral / asymmetrisch bis Knie unilateral / asymmetrisch unterhalb Knie

Directional Preference: _____

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

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

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Eduktion _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____

Unterschrift _____