



McKENZIE INSTITUT - WIEDERBEFUND

Datum _____ Name _____ Sitzung Nr. _____

Behandlungsstrategie umgesetzt?

Haltungskorrektur: Ja / Nein

Übungen durchgeführt Ja / Nein

Häufigkeit: Passend / Nicht Passend Symptomverhalten während der Übungen _____

Ausführung: Gut / Korrektur Notwendig

Compliance / Verständnis Gut / Mäßig / Schlecht

Symptome:

Schmerzlokalisierung: ZE / Gleich / PE _____

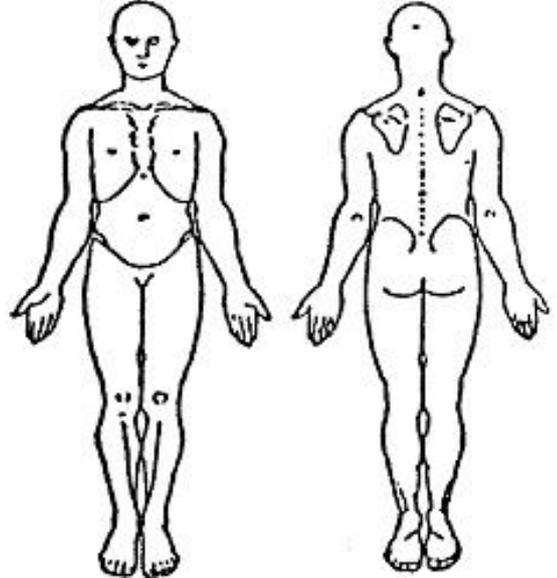
Häufigkeit: Besser / Gleich / Schlechter

Intensität: 0 _____ 10
Besser / Gleich / Schlechter

Funktion: % Verbesserung seit Erstbefund:

0 _____ 100%

Funktionsfragebogen: _____



Mechanik:

Sitzhaltung: Gut / Mäßig / Schlecht

Haltung im Stand: Gut / Mäßig / Schlecht

Deformität: Ja / Nein / NA

Neurologie: Besser / Gleich / Schlechter / NA _____

Bewegungsverlust: Gut / Mäßig / Schlecht _____

Übungsausführung: Gut / Korrektur nötig

Symptomantwort: _____

Wiederholte Tests: Gut / Mäßig / Schlecht _____

Zusammenfassung: Gut / Mäßig / Schlecht

Globale Verbesserung seit Erstbefund: 0 _____ 100%

Klassifikation bestätigt: Ja / Nein

Weitere Tests (falls nötig)

Repetierte Tests: _____

Andere Tests: _____

Geänderte Klassifikation (falls zutreffend):

Derangement Dysfunktion Haltung ANDERES (Subgruppe) _____

Management HEUTE:

Eduktion: _____

Mechanische Behandlung _____

Plan: _____

Hindernisse für Genesung _____

Hilfsmittel: Lendenrolle _____ Nackenrolle _____

Selbstbehandlungsbuch _____ Nachrolle _____