



THE MCKENZIE INSTITUTE

Brustwirbelsäule

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Adresse _____

Telefon _____

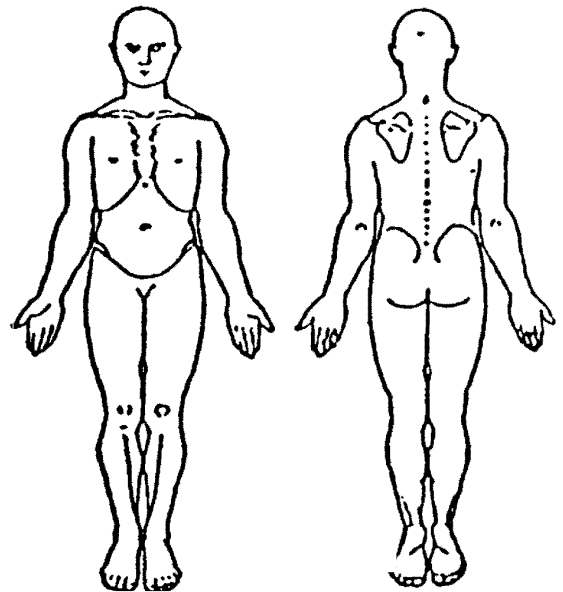
Geb.datum _____ Alter _____

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 _____

| | | | |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Konstante Symptome | _____ | Intermittierende Symptome | _____ |
| Schlechter | <i>Beugen</i> | <i>Sitzen / Aufstehen</i> | <i>Kopf drehen / Thorax drehen</i> |
| | <i>Morgens / Tagsüber / Abends</i> | <i>Ruhe / Bewegung</i> | <i>Stehen</i> |
| | <i>Anderes</i> | _____ | <i>Liegen</i> |
| Besser | <i>Beugen</i> | <i>Sitzen / Aufstehen</i> | <i>Kopf drehen / Thorax drehen</i> |
| | <i>Morgens / Tagsüber / Abends</i> | <i>Ruhe / Bewegung</i> | <i>Stehen</i> |
| | <i>Anderes</i> | _____ | <i>Liegen</i> |

Gestörter Schlaf *Ja / Nein* Schlafstellung: *BL / RL / SL R / L* Kissen: _____

Vorgeschichte Wirbelsäule _____

Frühere Behandlungen _____

SPEZIFISCHE FRAGEN

Husten / Niesen / Tiefe Atmung _____ *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* _____ *Bildgebung: Ja / Nein* _____

Ziele / Erwartungen / Glaubenssätze: _____

Klinische Untersuchung

HALTUNG

Sitzen: *aufrecht / neutral / durchhängend* HWS-Protraktion: *Ja / Nein* Haltungsveränderung: *schlechter / besser / kein Effekt*
 Stehen: *neutral / kyphotisch* _____

Andere Beobachtungen / Funktionelle Baselines: _____

NEUROLOGIE (obere und untere Extremität)

Motorisches Defizit _____ Reflexe _____
 Sensorisches Defizit _____ Neurodynamische Tests _____

HWS Repetierete Tests

| Bewegungsverlust | groß | mäßig | klein | kein | Schmerz |
|------------------|------|-------|-------|------|---------|
| Flexion | | | | | |
| Extension | | | | | |
| Rotation R | | | | | |
| Rotation L | | | | | |
| Anderes | | | | | |

Rep Pro _____
 Rep Ret _____
 Rep Ret Ext _____
 Rep LF - R _____
 Rep LF - L _____
 Rep ROT - R _____
 Rep ROT - L _____
 Rep Flex _____

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

| Symptome während der Tests | Symptome nach den Tests | Mechanische Antwort | |
|--|-------------------------|--|----------------|
| | | Effekt - ↑, ↓ ROM funktionelle Tests | kein Effekt |
| Aktuelle Symptome im Sitzen _____ | | | |
| FLEX _____ | | | |
| Rep FLEX _____ | | | |
| EXT _____ | | | |
| Rep EXT _____ | | | |
| Aktuelle Symptome im Liegen _____ | | | |
| EIL (BL) _____ | | | |
| Rep EIL (BL) _____ | | | |
| EIL (RL) _____ | | | |
| Rep EIL (RL) _____ | | | |
| Aktuelle Symptome im Sitzen _____ | | | |
| ROT - R _____ | | | |
| Rep ROT - R _____ | | | |
| ROT - L _____ | | | |
| Rep ROT - L _____ | | | |
| Andere Bewegungen _____ | | | |

STATISCHE TESTS Flex / Ext / Rotation / Anderes _____ **ANDERE TESTS** _____

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION

Derangement _____ zentral oder symmetrisch _____ unilateral oder asymmetrisch _____
 Directional Preference: _____

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

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

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Edukation _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____ Unterschrift _____