



Lendenwirbelsäule

Datum _____

Name _____ m / w

Adresse _____

Telefon _____

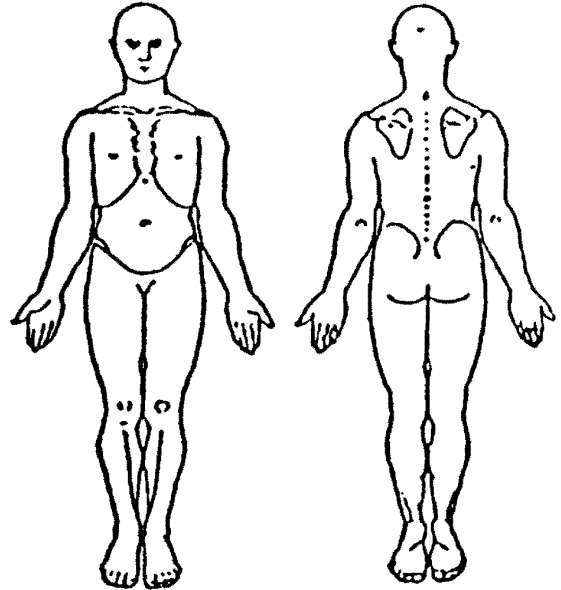
Geburtsdatum _____ Alter _____

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 / Glaubenssätze : _____

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	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
	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.

Symptome während der Tests	Symptome nach den Tests	Mechanische Antwort	
		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 oberhalb Knie unilateral / asymmetrisch unterhalb Knie

Directional Preference: _____

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

Faktoren für Schmerz und Einschränkung: Kontext Kognitiv Emotional Komorbiditäten

PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Edukation _____

Übung _____ Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____

_____ Unterschrift _____