



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: _____

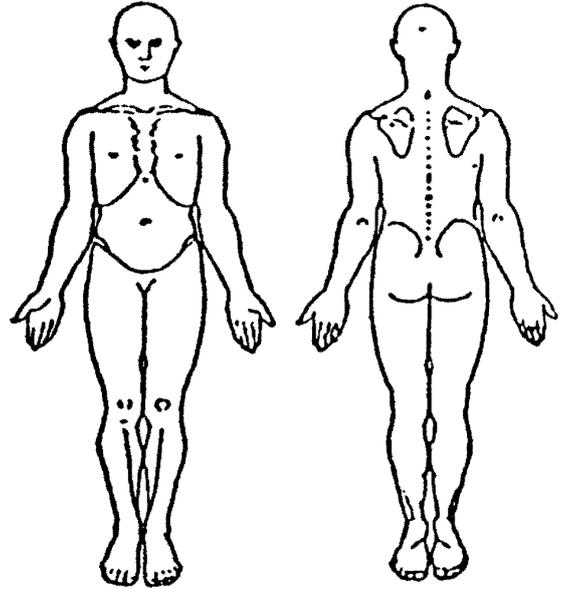
Allgemeine Gesundheit / Andere Erkrankungen: _____

_____ 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					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.

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 _____