



THE MCKENZIE INSTITUTE

ANAMNESE UNTERE EXTREMITÄT

Name _____

Datum _____ Alter _____

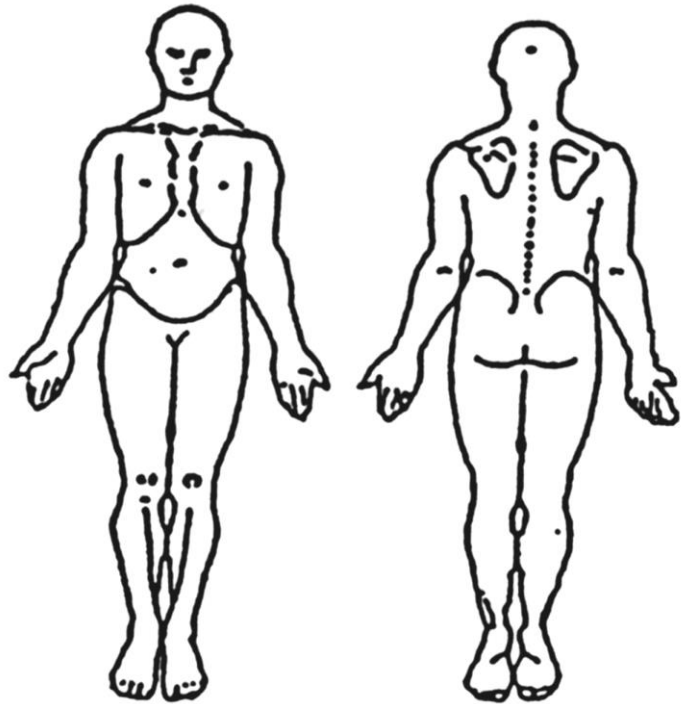
Arzt _____

Diagnose/n _____

Mech. Stress Arbeit / Freizeit _____

Funktionelle Einschränkungen _____

VAS (0-10) _____



ANAMNESE

Relevante Symptome _____

Dauer jetzige Episode _____ Verbessernd / Gleichbleibend / Verschlechternd

Kein Auslöser / Auslösender Faktor _____

Anfangssymptome _____ Parästhesien Ja / Nein

Episode Wirbelsäule _____ Husten / Niesen + / -

Konstante Sympt. _____ Intermittierende Sympt. _____

Schlechter Beugen Sitzen / Aufstehen / Anlaufen Stehen Gehen Treppe Hocke / Knien
Morgen / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Liegen BL / RL / SL (R) (L)
Anderes _____

Besser Beugen Sitzen / Aufstehen / Anlaufen Stehen Gehen Treppe Hocke / Knien
Morgen / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Liegen BL / RL / SL (R) (L)
Anderes _____

Fortgesetzte Aktivität Besser / Schlechter / Kein Effekt Gestörter Schlaf Ja / Nein

Ruheschmerz Ja / Nein Lokalisation LWS / Hüfte / Knie / Fuß

Anderes Schwellung Einschießen Klicken Blockieren Einknicken / Stürze

Frühere Episoden 0 1-5 6-10 11+ Erste Episode _____

Vorgeschichte _____

Frühere Behandlungen _____

SPEZIELLE FRAGEN

Medikamente Keine / NSAR / Analg / Steroide / Anticoag / Andere _____

Allgemeine Gesundheit Gut / Mäßig / Schlecht _____

Rö / MRT / CT Ja / Nein _____

Operationen Ja / Nein _____ Nachtschmerz Ja / Nein

Trauma Ja / Nein _____ Unerwarteter Gewichtsverlust Ja / Nein

Anderes _____

Zusammenfassung Akut / Subakut / Chronisch Trauma / Langsamer Beginn

Zu untersuchende Bereiche LWS / Hüfte / Knie / Fuß Andere _____

Ziele / Erwartungen des Patienten _____

KLINISCHE UNTERSUCHUNG UNTERE EXTREMITÄT

HALTUNG

Sitz Gut / Mäßig / Schlecht

Stand Gut / Mäßig / Schlecht

Korrektur der Haltung BE / S / KE

Anderes _____

NEUROLOGIE

Muskelkraft _____

Reflexe _____

Sensibilität _____

Neurale Spannungstests _____

BASIS (Schmerz / Funktion / Aktivität) _____

BEWEGUNGSVERLUST Hüfte / Knie / Fuß R / L

	Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz		Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz
Flexion						Adduktion/Inversion					
Extension						Abduktion/Eversion					
Dorsalextension						Innenrotation					
Plantarflexion						Außenrotation					

Passive Bewegungen (+/- Überdruck) (notiere Symptome / ROM)	PDM	ERP

RESISTIVE TESTS (Schmerz) _____

ANDERE TESTS _____

WIRBELSÄULE

Bewegungsverlust _____

Effekt rep. Beweg. _____

Effekt stat. Tests _____

Wirbelsäulentests Nicht relevant / Relevant / Sekundär _____

BEWEGUNGSTESTS

Repetierte Tests Aktive / passive Bewegungen resistive Tests, funktion. Tests	Symptome während Test	Symptome nachher	Mechanischer Effekt	
			ROM ↑/↓, Kraft, funktioneller Test	Kein
Jetzige Symptome				
Statische Tests				

PROVISORISCHE KLASSIFIZIERUNG

Extremität

Wirbelsäule

Dysfunktion – artikulär _____

Kontraktil _____

Derangement _____

Haltung _____

Anderes _____

PRINZIPIEN DES MANAGEMENTS

Edukation _____

Hilfsmittel _____

Übungen / Dosierung _____

Hindernisse für die Genesung _____

Behandlungsziel _____