



# McKENZIE INSTITUTE INTERNATIONAL

## Brustwirbelsäule

### Klinische Untersuchung

#### HALTUNGSBEOBACHTUNG

Sitzen: *aufrecht / neutral / durchhängend* HWS-Protraktion: *Ja / Nein* Änderung der Haltung: *schlechter / besser / kein Effekt*

Stehen: *neutral / kyphotisch* \_\_\_\_\_

Andere Beobachtungen / Funktionelle Baselines: \_\_\_\_\_

#### NEUROLOGIE (obere und untere Extremität)

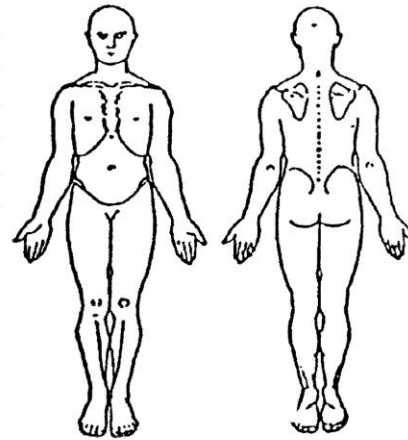
Motorisches Defizit \_\_\_\_\_ Reflexe \_\_\_\_\_

Sensorisches Defizit \_\_\_\_\_ Neurodynamische Tests \_\_\_\_\_

#### HWS Repetitive Tests

Rep Pro \_\_\_\_\_  
 Rep Ret \_\_\_\_\_  
 Rep Ret Ext \_\_\_\_\_  
 Rep LF - R \_\_\_\_\_  
 Rep LF - L \_\_\_\_\_  
 Rep ROT - R \_\_\_\_\_  
 Rep ROT - L \_\_\_\_\_  
 Rep Flex \_\_\_\_\_

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



Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Überweisung: *Hausarzt / Orthopäde / selbst* \_\_\_\_\_

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** *Beugen* *Sitzen / Aufstehen* *Kopf drehen / Thorax drehen* *Stehen* *Liegen*  
*Morgens / Tagsüber / Abends* *Ruhe / Bewegung*  
*Anderes* \_\_\_\_\_

**Besser** *Beugen* *Sitzen / Aufstehen* *Kopf drehen / Thorax drehen* *Stehen* *Liegen*  
*Morgens / Tagsüber / Abends* *Ruhe / Bewegung*  
*Anderes* \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

#### 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

	Symptomatische Antwort		Mechanische Antwort	
	während der Tests	nach den Tests	Effekt - ↑, ↓ ROM funktionelle Tests	kein Effekt
<b>Aktuelle Symptome im Sitzen</b> _____				
FLEX _____				
Rep FLEX _____				
EXT _____				
Rep EXT _____				
<b>Aktuelle Symptome im Liegen</b> _____				
EIL (BL) _____				
Rep EIL (BL) _____				
EIL (RL) _____				
Rep EIL (RL) _____				
<b>Aktuelle Symptome im Sitzen</b> _____				
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:* \_\_\_\_\_

**Mögliche Treiber für Schmerz und/oder Einschränkung:** *Kontext* \_\_\_\_\_ *Kognitiv-Emotional* \_\_\_\_\_ *Komorbiditäten* \_\_\_\_\_

#### PRINZIPIEN FÜR DAS MANAGEMENT

Eduktion \_\_\_\_\_

Übung \_\_\_\_\_ Frequenz \_\_\_\_\_

Andere Übungen / Interventionen \_\_\_\_\_

Ziele des Managements \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_