



McKENZIE INSTITUTE INTERNATIONAL

Obere Extremität

Datum _____

Name _____ Geschlecht _____

Adresse _____

Telefon _____

Geb.datum _____ Alter _____

Überweisung: *Allgemein / Orth. / selbst* _____

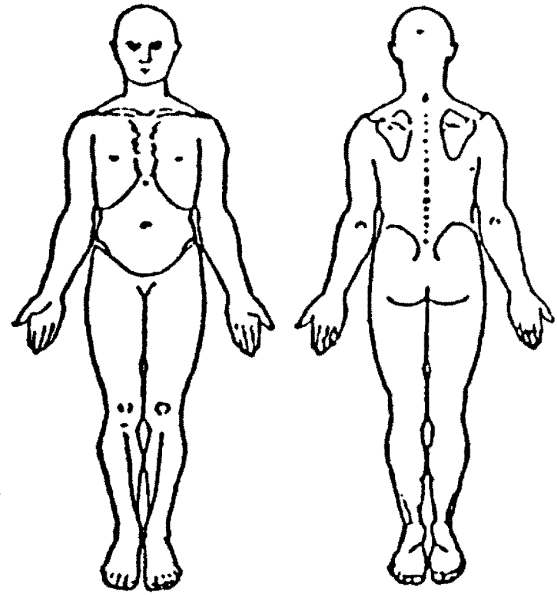
Arbeitsbelastung _____

Freizeitaktivitäten _____

Funktionelle Einschränkungen in dieser Episode _____

Outcome / Fragebogen _____

NPRS (0-10) _____



Händigkeit: Rechts / Links

Aktuelle Symptome _____

Dauer _____ *verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd*

Auslöser _____ kein Auslöser

Anfangssymptome _____ Parästhesien: ja / nein

Wirbelsäulenbeschwerden _____ Husten / Niesen + / -

Konstant Symptome: _____ Intermittierende Symptome: _____

Schlechter	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen</i>	<i>Kopf drehen</i>	<i>Anziehen</i>	<i>Arm heben</i>	<i>Greifen</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abend</i>		<i>Ruhe / Bewegung</i>		<i>Schlaf: BL / RL / SL R / L</i>	
	<i>Anderes</i> _____					
Besser	<i>Beugen</i>	<i>Sitzen</i>	<i>Kopf drehen</i>	<i>Anziehen</i>	<i>Arm heben</i>	<i>Greifen</i>
	<i>Morgens / Tagsüber / Abend</i>		<i>Ruhe / Bewegung</i>		<i>Schlaf: BL / RL / SL R / L</i>	
	<i>Anderes</i> _____					

Fortgesetzte Aktivität: *besser schlechter kein Effekt* Gestörter Schlaf *ja / nein*

Ruhschmerz: *ja / nein* Lokalisation: *HWS / Schulter / Ellbogen / Handgelenk / Hand*

Andere Fragen: *Schwellung Einschießen / Knacken / Blockieren* *Subluxieren*

Vorgeschichte _____

Frühere Behandlungen _____

Medikamente _____

Allgemeine Gesundheit / Komorbiditäten: _____

_____ kürzliche / relevante OP: *ja / nein* _____

Krebs Vorgeschichte: *ja / nein* _____ Unerwarteter Gew.verlust: *ja / nein* _____

Trauma: *ja / nein* _____ Bildgebung: *ja / nein* _____

Ziele / Erwartungen _____

Untersuchung

HALTUNGSBEOBACHTUNG:

Sitz: *aufrecht / neutral / durchhängend* Änderung der Haltung: *besser / schlechter / kein Effekt* Stand: *lordot. / neutral / kyphot.*

Andere Beobachtungen: _____

NEUROLOGIE: nicht getestet / Motorik / Sensorik / Reflexe / Neurodynamik _____

BASISLINIEN: Schmerz und funktionelle Aktivität _____

EXTREMITÄT *Schulter / Ellbogen / Handgelenk / Hand* _____

BEWEGUNGSVERLUST	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Flexion					
Extension					
Supination					
Pronation					
Anderes:					

	groß	mäßig	klein	kein	Symptome
Adduktion / Ulnarduktion					
Abduktion / Radialduktion					
Innenrotation					
Außenrotation					
Anderes:					

Passive Tests: Symptome, Bewegungsausmaß, Überdruck: _____

	PDM	ERP

Widerstandstests _____

Andere Tests / statische Positionen _____

WIRBELSÄULE

Bewegungsverlust _____

Effekt repetierte Bewegungen _____

Effekt statische Positionen _____

Wirbelsäule: *nicht relevant / relevant / sekundäres Problem* _____

Basislinie / Symptome _____

Repetierte Tests	Symptomatische Antwort		Mechanische Antwort	
	Während PR, EL, verstärkt, reduziert, KE	Hinterher BE, S, NB, NS, KE	Effekt ↑ oder ↓ ROM Kraft, Funktion	kein Effekt
aktive / passive Bewegung, Widerstand, Funktionstest				

PROVISORISCHE KLASSIFIKATION **Extremität** **Wirbelsäule**

Derangement _____ Directional Preference _____

Dysfunktion: Artikulär / Kontraktil _____ **HALTUNG** **ANDERES** Subgruppe _____

MÖGLICHE TREIBENDE KRÄFTE FÜR SCHMERZ/BEEINTRÄCHTIGUNG Korbidität Kognitiv - Emotional Kontext

Beschreibung: _____

BEHANDLUNGSPRINZIP

Eduktion _____

Übung _____ Frequenz _____

Andere Übungen / Interventionen _____

Ziele des Managements _____

Unterschrift