



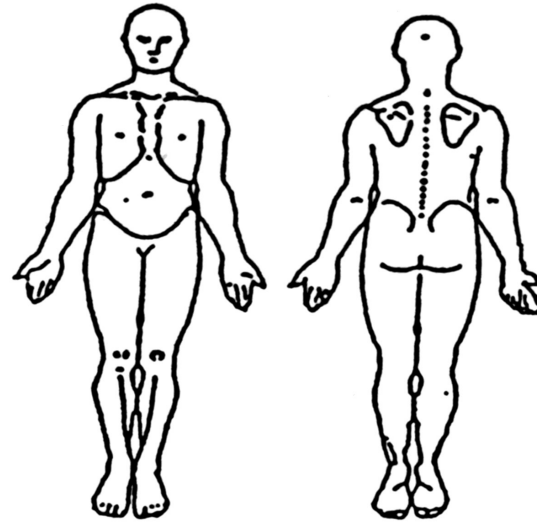
**THE MCKENZIE INSTITUTE**  
**ANAMNESE HWS**

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 HWS / Oberarm / Unterarm / Kopf \_\_\_\_\_  
Konstante Sympt. HWS / Oberarm / Unterarm / Kopf \_\_\_\_\_ Intermittierende Sympt. HWS / Oberarm / Unterarm / Kopf \_\_\_\_\_

**Schlechter** Beugen Sitzen Drehen Aufstehen vom Liegen  
Morgen / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Liegen BL / RL / SL (R) (L)  
Anderes \_\_\_\_\_

**Besser** Beugen Sitzen Drehen Aufstehen vom Liegen  
Morgen / Tagsüber / Abend Ruhe / Bewegung Liegen BL / RL / SL (R) (L)  
Anderes \_\_\_\_\_

Gestörter Schlaf Ja / Nein Schlafstellung BL / RL / SL (R) (L) Kissen \_\_\_\_\_

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

Vorgeschichte \_\_\_\_\_

Frühere Behandlungen \_\_\_\_\_

**SPEZIELLE FRAGEN**

Schwindel / Tinnitus / Übelkeit / Schlucken Gang / Obere Extremität Normal / Abnormal

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 \_\_\_\_\_

Ziele / Erwartungen des Patienten \_\_\_\_\_

**KLINISCHE UNTERSUCHUNG HWS**

**HALTUNG**

Sitz Gut / Mäßig / Schlecht Stand Gut / Mäßig / Schlecht Protraktion Ja / Nein Schiefhals R / L / Kein

Korrektur der Haltung BE / S / KE \_\_\_\_\_ Relevant Ja / Nein

Anderes \_\_\_\_\_

**NEUROLOGIE**

Muskelkraft \_\_\_\_\_ Reflexe \_\_\_\_\_

Sensibilität \_\_\_\_\_ Neurale Spannungstests \_\_\_\_\_

**BEWEGUNGSVERLUST**

	Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz		Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz
Protraktion						LF - R					
Flexion						LF - L					
Retraktion						ROT - R					
Extension						ROT - L					

**REPETIERTE BEWEGUNGSTESTS**

	Symptome während Test	Symptome nachher	Mechanischer Effekt		
			↑ROM	↓ROM	Kein
<b>Jetzige Symptome im Sitzen</b>					
PRO					
Rep PRO					
RET					
Rep RET					
RET EXT					
Rep RET EXT					
<b>Jetzige Symptome im Liegen</b>					
RET					
Rep RET					
RET EXT					
Rep RET EXT					
<b>Wenn nötig</b>					
<b>Jetzige Symptome im Sitzen</b>					
LF - R					
Rep LF - R					
LF - L					
Rep LF - L					
ROT - R					
Rep ROT - R					
ROT - L					
Rep ROT - L					
FLEX					
Rep FLEX					

**STATISCHE TESTS**

Protraktion \_\_\_\_\_ Flexion \_\_\_\_\_

Retraktion \_\_\_\_\_ Extension Sitzen / BL / RL \_\_\_\_\_

**WEITERE TESTS** \_\_\_\_\_

**PROVISORISCHE KLASSIFIZIERUNG**

Derangementsyndrom Dysfunktionssyndrom Haltungssyndrom Anderes

Zentral / Symmetrisch Unilateral / Asymmetrisch oberhalb Ellbogen Unilateral / Asymmetrisch unterhalb Ellbogen

**PRINZIPIEN DES MANAGEMENTS**

Edukation \_\_\_\_\_ Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Extensionsprinzip \_\_\_\_\_ Laterales Prinzip \_\_\_\_\_

Flexionsprinzip \_\_\_\_\_ Anderes \_\_\_\_\_

Hindernisse für die Genesung \_\_\_\_\_

Behandlungsziel \_\_\_\_\_