



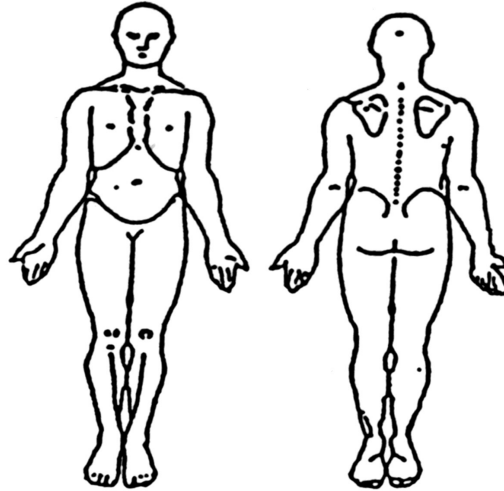
THE MCKENZIE INSTITUTE
ANAMNESE OBERE EXTREMITÄT

Name _____
 Datum _____ Alter _____
 Arzt _____
 Diagnose/n _____

 Mech. Stress Arbeit / Freizeit _____

 Funktionelle Einschränkungen _____

 VAS (0-10) _____



ANAMNESE

Relevante Symptome _____ Händigkeit R / L
 Dauer jetzige Episode _____ Verbessern / Gleichbleibend / Verschlechternd
 Kein Auslöser / Auslösender Faktor _____
 Anfangssymptome _____ Parästhesien Ja / Nein
 Episode Wirbelsäule _____ Husten / Niesen + / -
 Konstante Sympt. _____ Intermittierende Sympt. _____

Schlechter	Beugen	Sitzen	Kopf drehen	Ankleiden	Arm heben	Greifen
	Morgen / Tagsüber / Abend		Ruhe / Bewegung		Liegen BL / RL / SL (R) (L)	
Anderes _____						
Besser	Beugen	Sitzen	Kopf drehen	Ankleiden	Arm heben	Greifen
	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 HWS / Schulter / Ellenbogen / Hand
 Anderes Schwellung _____ Einschießen _____ Klicken _____ Blockieren _____ Subluxieren _____

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 HWS / Schulter / Ellenbogen / Hand _____ Andere _____
 Ziele / Erwartungen des Patienten _____

KLINISCHE UNTERSUCHUNG OBERE 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

Schulter / Ellenbogen / Hand R / L

	Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz		Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz
Flexion						Adduktion/Ulnardeviation					
Extension						Abduktion/Radialdeviation					
Supination						Innenrotation					
Pronation						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 1/4, Kraft, funktioneller Test	Kein
Jetzige Symptome				

Statische Tests			Mechanischer Effekt	
Jetzige Symptome				

PROVISORISCHE KLASSIFIZIERUNG

Extremität

Wirbelsäule

Dysfunktion – artikulär _____ Kontraktile _____
 Derangement _____ Haltung _____
 Anderes _____

PRINZIPIEN DES MANAGEMENTS

Edukation _____ Hilfsmittel _____
 Übungen / Dosierung _____

Hindernisse für die Genesung _____
 Behandlungsziel _____