

Fragen zu sonstigen Beschwerden:

Haben Sie noch **andere Beschwerden** bzw. Schmerzen? Wenn ja, wo? *(Bei mehreren bitte numerieren!)*

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Seit:

Wie bewerten Sie die **Intensität** dieser sonstigen Beschwerden? *(Bitte zeichnen Sie einen Strich auf folgender Linie, wo Sie die Intensität Ihrer Beschwerden heute einstufen würden!)*
(Bei mehreren Beschwerden bitte jeweils numerieren.)

|-----|
 null maximal vorstellbar

Hatten Sie in der Vergangenheit **Unfälle** bzw. **Verletzungen**? *(Bitte mit Datum angeben!)*

Welche **Behandlungen** wurden damals durchgeführt?

Haben Sie **sonstige Erkrankungen** (jetzt oder früher gehabt)? *(Wenn mehrere, dann bitte nummerieren!)*:

Wie wurden bzw. werden diese behandelt?

Wissen Sie von **schweren Erkrankungen oder Kontraindikationen** für Bewegung bzw. Physiotherapie bei Ihnen? *(Wenn ja, bitte nennen!)*

Fragen zu Ihren Aktivitäten:

Derzeit ausgeübter Beruf: seit: vorher:

Derzeit ausgeübte Sportarten bzw. Hobbys: seit: wöchentlich: mal für . . . Std.

Wie schätzen Sie ihre derzeitige berufl./sportliche Leistungsfähigkeit ein? *(Bitte zeichnen Sie einen Strich auf folgender Linie, wo Sie Ihre Leistungsfähigkeit heute einstufen würden! Machen Sie gegebenenfalls jeweils einen Strich für die berufliche und einen für die sportliche Leistungsfähigkeit.)*

|-----|
 nicht vorhanden optimal

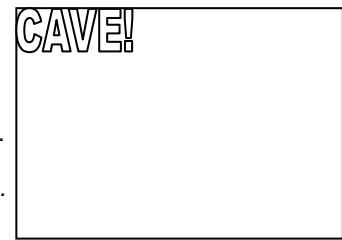
Was denken und erwarten Sie?

Was vermuten Sie selbst als Ursache Ihrer Beschwerden?

Was erwarten, erwünschen und erhoffen Sie sich von der Physiotherapie?

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift



Ausführliches Dokumentationsschema zum Lernen

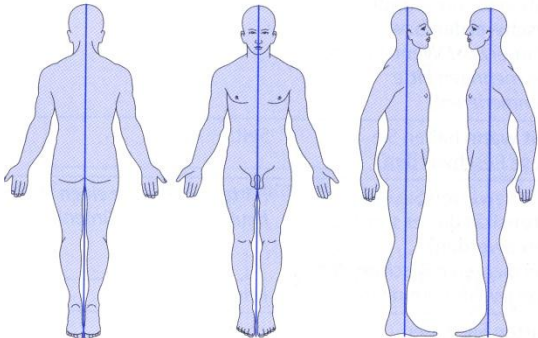
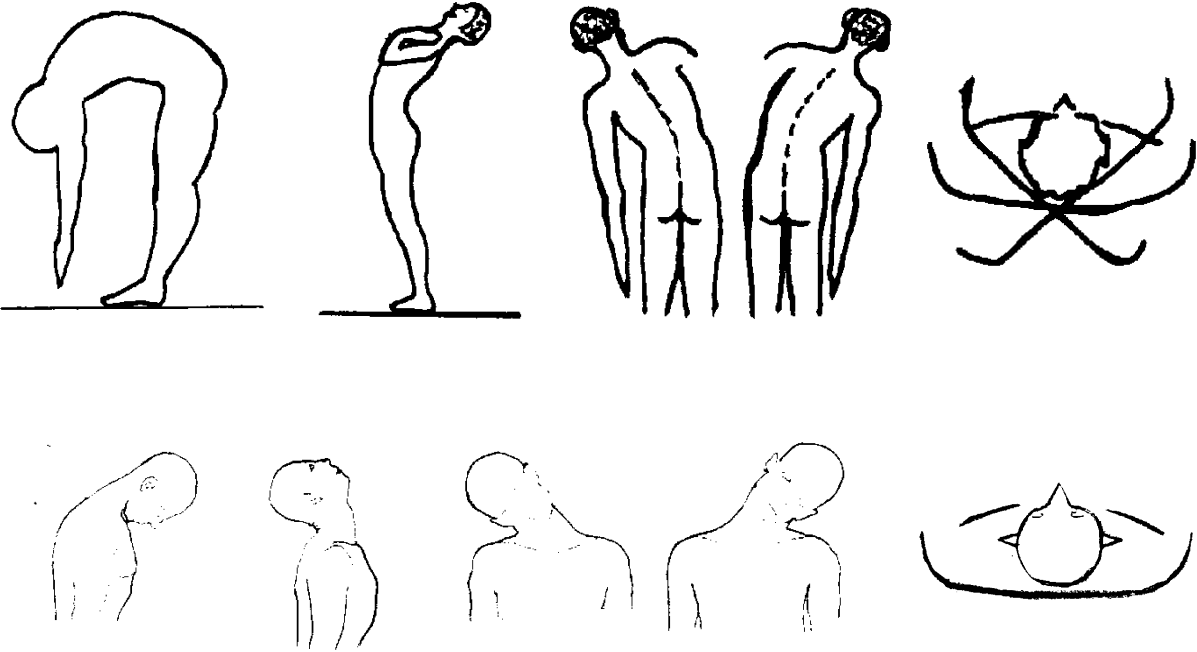
Patient: Alter: Datum PT-Untersuchung:

Ärztliche Diagnose: Physiotherapeut:

PT-Verordnung: Zimmer/Tel.:

(Stand: 06.01.2012)

I Orientierende Untersuchung								
Symptome – Wo? – Seit wann? – Wie? – Wann jetzt und wodurch? – Womit verbunden?								
Nachtschmerz: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Intensität: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
Symptomauslösende Richtung bzw. Haltung								
Kontraindikationen f. größere Bewegung? Beweglichkeit des Nervensystems: – N. ischiadicus – N. femoralis – N. medianus – N. radialis – N. ulnaris – Funktion Organe kleines Becken: – Sonstige (patholog. Reflexe etc.):	Ausgangsstellung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Positiv: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Negativ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenkstellung: 	Kommentar: 			
Motorik und Sensibilität:	Reflexe	o. B. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fehlend: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zentral: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kraft:	Sens.:	Positiv: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Negativ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oberflächliche Palpation	negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/>	Kommentar:						
Sicherheitstests: – vertebralis – Traktion C0-C1: – Ligg. alaria – Lig. transversum atlantis – Sonstige:	Ausgangsstellung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Positiv: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Negativ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kommentar: Rot. re: : Rot. li:				
Aktualität	akut <input type="checkbox"/> (< 6 Wo)	subakut <input type="checkbox"/> (6 – 12 Wo)	chronisch <input type="checkbox"/> (> 3 Mo)	kontinuierlich <input type="checkbox"/>	intermittierend täglich <input type="checkbox"/>	episodenhaft ↙ ↘ selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>		

Einschätzung des Umgangs mit dem Schmerz	<i>positiv</i> <input type="checkbox"/>	<i>fraglich</i> <input type="checkbox"/>	<i>negativ</i> <input type="checkbox"/>	<i>sachlich</i> <input type="checkbox"/>	<i>emotional / affektiv</i> <input type="checkbox"/>	<i>Sonstig:</i>
Symptomauslösendes Gelenk						
Allgemeine Beurteilung der Nachbargelenke <i>(siehe evt. separates Blatt)</i>						
Allgemeine Beurteilung des Patienten (Atmung, Herz-Kreislauf, ...)						
Erwartungen des Patienten an die PT						
II Spezifische Untersuchung <i>des symptomauslösenden Gelenkes</i>						
1 Anamnese <i>(siehe evt. separates Blatt)</i>						
2 Inspektion <i>Inklusive der oberflächlichen Palpation: Muskeltonus, Gewebeveränderung, Kontur et al.</i>						
3 Bewegungsprüfung aktiv	<i>Extremitäten im Seitenvergleich hier notieren:</i>					
<i>Endstellung der WS-Bewegungen hier einzeichnen und evtl. Wert 0-6 hinzufügen:</i>						
						

a) Rotatorische Bewegungen	Aktiv <i>(Winkel- bzw. Bewegungsgrade 0-6)</i>	Passiv weiter? <i>(möglichst Winkelgrade)</i>	Passiv <i>(Bewegungswiderstand)</i>	Endgefühl	Symptome Schmerz <i>(beklagte)</i>	Kommentar
Flexion bzw. Ventralflexion						
Extension bzw. Dorsalflexion						
Abduktion bzw. Lateralflexion rechts						
Adduktion bzw. Lateralflexion links						
Außenrotation bzw. Rotation rechts						
Innenrotation bzw. Rotation links						
Pronation bzw. Eversion						
Supination bzw. Inversion						
Zusammengesetzte Bewegungen						
Stabilitätstests der Extremitäten	Quantität <i>(Bewegungsgrade 0-6)</i>	Qualität <i>(Bewegungswiderstand)</i>	Endgefühl bzw. Bewegungsstopp	Schmerz bzw. Symptome <i>(beklagte)</i>	Kommentar	
– tibiales/ulnares Klaffen:						
– fibulares/radiales Klaffen:						
b) Translatorische Gelenktests:	Quantität <i>(Bewegungsgrade 0-6)</i>	Qualität <i>(Bewegungswiderstand)</i>	Endgefühl bzw. Bewegungsstopp	Schmerz bzw. Symptome	Kommentar	
– Traktion						
– Kompression						
– Gleiten anterior						
– Gleiten posterior						
4 Muskeltests	Kraft <i>(Wert 0-5)</i>	Symptome bzw. Schmerz beim Widerstandstest	Länge	Symptome bzw. Schmerz beim Längentest	Kommentar	

Koordination (Test und Ergebnis beschreiben)			
Ausdauer (Test und Ergebnis beschreiben)			
Sonstiges wie Schnelligkeit u. a.			
5 Palpation (strukturspezifische)			
6 Neurologische und angiologische Tests <input type="checkbox"/> Neurologie: Kennmuskeln, Sensibilität, Reflexe, veget. Funktion, Mobilität <input type="checkbox"/> Angiologie: Puls, Blutdruck, funktionelle Tests (Ratschow ...) etc.			
7 Ärztliche Untersuchungen <input type="checkbox"/> Radiographie, Labor, Punktionen, Excisionen <input type="checkbox"/> Elektrodiagnostik (EEG, EMG, ...) <input type="checkbox"/> Organuntersuchungen des Facharztes			
8 Zusammenfassende Beurteilung			
Interpretation der positiven und negativen Befunde: Symptome ↓ Bewegungsrichtung ↓ Kontraindikationen / Aktualität / Schmerzerleben ↓ Bereich (Gelenk) ↓ hypo-/hyper-/physiol. mobil ↓ Struktur ↓ Verursachende und beeinflussende Zusatzfaktoren			
Einschätzung des Problems nach der ICF (Störung der gesundheitlichen Funktionsfähigkeit)	Schäden der Körperfunktion bzw. -struktur <input type="checkbox"/>	Störung der Aktivität der Person <input type="checkbox"/>	Störung der Partizipation an den Lebensbereichen mit persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren <input type="checkbox"/>
Probebehandlung			
Physiotherapeutische Aktualitätsdiagnose			

III Behandlung						
Behandlung splan mit Behand- lungsziel und Prognose	Behandlungs- aspekt	Behandlungsziel		Behandlungsmaßnahmen <i>therapeutische u. Eigenübungen</i>		Prognose
	Symptome					
	Hypo- mobilitäten: muskulär artikulär neural ...					
	Erhalt der Beweglichkeit					
	Hyper- mobilitäten					
	Gewebever- änderungen					
	Information, Instruktion					
Behandlung mit ständigen Kontroll- tests <i>(bei Platzmangel bitte auf separates Blatt verweisen)</i>	Datum:	Maßnahme:			Kontrolltest(s) :	Ergebnis:
Abschlussuntersuchung						
Datum:	Kontrolltest(s):	Messung der Eingangs- untersuchung	Messung der Abschluss- untersuchung	negative Verän- derung	unver- ändert	positive Verän- derung
..... <i>(bei Platzmangel bitte auf separates Blatt verweisen)</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufrieden- heit des Patienten						
Weitere Empfehlung						

Datum: Unterschrift zuständiger Physiotherapeut:

Zusammenstellung der Informationen für eine Mitteilung an Arzt bzw. PT-Kollege

Zusammenfassende Beurteilung der Untersuchung					
Interpretation der positiven und negativen Befunde: Symptome ↓ Bewegungsrichtung ↓ Kontraindikationen / Aktualität ↓ Bereich (Gelenk) ↓ hypo-/hyper-/physiol. mobil ↓ Struktur ↓ Verursachende und beeinflussende Zusatzfaktoren					
Probebehandlung					
Aktualitätsdiagnose					
Einschätzung des Problems nach der ICF (Störung der gesundheitlichen Integrität)		Schädigung Schäden (der Körperfunktion bzw. -struktur)	Funktionsbeeinträchtigung Störung der Aktivität (der Person)	Behinderung Störung der Partizipation (an den Lebensbereichen mit persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren)	
Behandlung					
Behandlungsplan mit Behandlungsziel und Prognose	Behandlungsaspekt	Behandlungsziel	Behandlungsmaßnahmen <i>therapeutische u. Eigenübungen</i>	Prognose	
	Symptome				
	Hypomobilitäten: muskulär, artikulär, neural, ...				
	Erhalt der Beweglichkeit				
	Hypermobilitäten				
	Gewebeveränderungen				
	Information, Instruktion				
Behandlung mit ständigen Kontrolltests	Datum:	Maßnahme:		Kontrolltest(s):	Ergebnis
Abschlussuntersuchung					
Datum:	Kontrolltest(s):		negative Veränderung	unverändert	positive Veränderung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit des Patienten					
Weitere Empfehlung					

Ergänzung zur Dokumentationsvorlage: Kiefergelenk

Aktive Bewegungen im Seitenvergleich (Sehen und tasten)						
	Rotatorische spezif. Bewegungstests	Aktiv	Passiv weiter?	Passiv	Endgefühl	Symptome Schmerz
Mundöffnung						
Mundschließung (aus Ruhestellung)						
Seitverschiebung rechts						
Seitverschiebung links						
Protrusion rechts						
Retrusion rechts						
Protrusion links						
Retrusion links						
Translatorische Bewegungstests	Quantität	Qualität	Endgefühl	Schmerz bzw. Symptome	Kommentar	
Traktion rechts						
Kompression rechts						
Traktion links						
Kompression links						

4 Muskeltests	Kraft <i>(Wert 0-5)</i>	Symptome bzw. Schmerz beim Widerstandstest	Länge	Symptome bzw. Schmerz beim Längentest	Kommentar
Mundöffnung					
Mundschließung (aus Ruhestellung)					
Seitverschiebung rechts					
Seitverschiebung links					
Protrusion					
Retrusion rechts					
Retrusion links					
Koordination <i>(Test und Ergebnis beschreiben)</i>					
Ausdauer <i>(Test und Ergebnis beschreiben)</i>					
Sonstiges wie Schnelligkeit u. a.					

Ergänzung zur Dokumentationsvorlage: spezifischen Untersuchung des SIG

Test	Ergebnis	Kommentar	
Beweglichkeitstests	Symphysis pubica		
	Spiel- und Standbeinwechsel	rechts links	
	Vorlaufphänomen	rechts links	
	Rücklaufphänomen	rechts links	
	Hebetest	rechts links	
	Test der Gegenrotation	rechts links	
	Ergebnis:		
Symptomlokalisationstests	Nutationstest		
	Gegenrotationstest		
	Sacrum kaudal		
	Sacrum kranial		
	Klaffen dorsal		
	Klaffen ventral		
	ASLR Active straight leg raising		
	Ergebnis:		

N. B.: Die Beweglichkeitstests Spiel- und Standbeinwechsel, Vor- und Rücklaufphänomen sind nicht reliabel. Für den Hebetest und den Test der Gegenrotation (sowie die Prüfung der Symphysis pubica) sind uns bisher keine Reliabilitätsstudien bekannt (Stand 06.01.2012).

Ergänzung zur Dokumentationsvorlage: Zehnertest Rückfuß nach Kaltenborn

Übungsblatt: Notiere Werte von 0-6

0 =	Ankylose
1 =	sehr hypomobil
2 =	etwas hypomobil
3 =	physiologisch mobil
4 =	etwas hypermobil
5 =	sehr hypermobil
6 =	völlig instabil

Name des Probanden:

Generelle Beweglichkeit der Fußwurzel	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
	<i>Notiere grob einen zusammengefaßten Eindruck für alle Bewegungsrichtungen</i>				

Fixiere	Bewege	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<i>Der Therapeut steht fibular, stützt den Fußaußenrand mit seinem Oberschenkel und umfaßt den Fuß mit beiden Händen von tibial.</i>						
Talus	Os naviculare					
Os naviculare	Ossa cuneiformia I, II und III					
Os cuneiforme I	Os metatarsale I					
Os cuneiforme II	Os metatarsale II					
Os cuneiforme III	Os metatarsale III					
<i>Der Therapeut befindet sich im Kavaliestand distal des Fußes. Die fibulare Hand umfaßt mit den Fingern von dorsal und dem Daumen von plantar das Os cuboideum.</i>						
Os cuboideum	Ossa metatarsalia IV und dann V					
Os naviculare mit Os cuneiforme III	Os cuboideum					
Calcaneus	Os cuboideum					
<i>Der Therapeut steht fibular (USG) bzw. distal (OSG) des Fußes.</i>						
Talus	Calcaneus					
Tibia und Fibula	Talus					
Zusatztests:						
<i>Der Therapeut befindet sich distal des Fußes im Kavaliestand oder steht fibular des Fußes.</i>						
ein Os cuneiforme	das benachbarte Os cuneiforme					

Ergänzung zur Dokumentationsvorlage: Zehntertest der Handwurzel nach Kaltenborn

Übungsblatt: Notiere Werte von 0-6

Name des Probanden:

0 =	Ankylose
1 =	sehr hypomobil
2 =	etwas hypomobil
3 =	physiologisch mobil
4 =	etwas hypermobil
5 =	sehr hypermobil
6 =	völlig instabil

Generelle Beweglichkeit des Handgelenks	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<i>Notiere grob einen zusammengefaßten Eindruck für alle Bewegungsrichtungen</i>					

Fixiere	Bewege	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<i>Der Therapeut steht distal der Patientenhand.</i>						
Os capitatum	Os trapezoideum					
Os capitatum	Os scaphoideum					
Os capitatum	Os lunatum					
Os capitatum	Os hamatum					
<i>Die ulnare Handkante des Patienten wird gegen den Therapeutenbauch gestützt.</i>						
Os scaphoideum	Os trapezoideum und trapezium					
Radius	Os scaphoideum					
Radius	Os lunatum					
<i>Die radiale Handkante des Patienten wird gegen den Therapeutenbauch gestützt.</i>						
Ulna mit Discus	Os triquetrum					
Os triquetrum	Os hamatum					
Os triquetrum	Os pisiforme					
Zusatztests: <i>Der Therapeut steht distal der Pat.-hand.</i>						
Os lunatum	Os triquetrum					
Os lunatum	Os scaphoideum					
Os trapezoideum	Os trapezium					