

Name:
Datum:

Übersichtsbogen zur Untersuchung der LWS (in Anlehnung an VINING et al. 2013) entsprechend der vorangestellten Checkliste

Diskogen

Wiederholte endgradige Belastung (5-10 Wdh.)

Extension im Stand <input type="checkbox"/> zentralisiert <input type="checkbox"/> peripheralisiert <input type="checkbox"/> keine Veränderung	Extension in Bauchlage <input type="checkbox"/> zentralisiert <input type="checkbox"/> peripheralisiert <input type="checkbox"/> keine Veränderung
Flexion im Stand <input type="checkbox"/> zentralisiert <input type="checkbox"/> peripheralisiert <input type="checkbox"/> keine Veränderung	Flexion in Rückenlage <input type="checkbox"/> zentralisiert <input type="checkbox"/> peripheralisiert <input type="checkbox"/> keine Veränderung
Seitl. Gleiten im Stand nach links <input type="checkbox"/> zentralisiert <input type="checkbox"/> peripheralisiert <input type="checkbox"/> keine Veränderung	Seitl. Gleiten im Stand nach rechts <input type="checkbox"/> zentralisiert <input type="checkbox"/> peripheralisiert <input type="checkbox"/> keine Veränderung
Finger-Boden –Abstand <input type="checkbox"/> < 25 cm <input type="checkbox"/> ≥ 25 cm	

ISG-Tests

Test	Ergebnis
Anteriores Gapping	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Posteriore Gapping	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Gaenslen re.	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Gaenslen li.	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Cranial shear	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Posterior shear	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Sacral trust	
• Druck auf Basis	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
• Druck auf Apex	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Test nach Patrick	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Aktiver SLR	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Facettengelenk

Extensions-Rotations-Test (Kemp-Test, Quadranten-Test)!	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Belastet segmental assistiv <ul style="list-style-type: none"> • 1-dimensional • 2-dimensional • 3-dimensional plus segmentale Betonung	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Richtung: Segment:
Segmental entlastet (in SL) Provokation in BL (Springingtest)	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Richtung: Segment:

Myofaszial

Triggerpunkte palpieren	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Isometrische Test	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
Muskellängen-Tests	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Name:
Datum:

Funktionelle Instabilität/ Bewegungskontrollstörung

Prone Instability Test positiv negativ

Motor Control Tests (≥ 2-3 positive Tests) (LUOMAJOKI H 2008)

Waiter's Bow (Beugung der Hüfte ohne Flexion der LWS) positiv negativ

Pelvic tilt (Beckenkipfung und Aufrichtung im Stand) positiv negativ

Einbeinstand positiv negativ

Sitting Knee Extension positiv negativ

Rocking forward/backward positiv negativ

Active Prone knee bend positiv negativ

Neuropathischer Schmerz

Reflexe positiv negativ
Segment:

Kraft (Kennmuskulatur) positiv negativ
Segment:

Sensibilität positiv negativ
Segment:

Neuromechanische Tests:
SLR positiv negativ
PKB positiv negativ
SLUMP positiv negativ

LANSS Score:

Ankle brachial Index

A. Blutdruckmessung am Bein/Höchster systolischer Druck am Bein (rechts oder links; Unterschied > 10mmHg Mittelwert verwenden)

A. tibialis posterior: rechts: _____ links: _____

B. Blutdruckmessung am Arm/Höchster systolischer Druck am Arm (rechts oder links; Unterschied > 10mmHg Mittelwert verwenden)

Berechne:

Rechts (A/B): _____

Links (A/B): _____

Normal: 1,0-1,1

Grenzwert: 0,91-0,99

Abnormal: < 0,9

Name:
Datum:

Vegetative Untersuchung	
Inspektion	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Befund/Bereich:
Palpation oberflächlich	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Befund/Bereich:
Sensibilität	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Befund/Bereich:
Capillary Refill Test	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Befund/Bereich:
Palpation tief	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Befund/Bereich:
Provokation Gelenke	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Befund/Bereich: