

Datum: _____

Angaben zur Person:

☐ männlich

☐ weiblich

☐ Rechtshänder

☐ Linkshänder

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon / Handy	
E- Mail	
Sanitätshauskunde? (Name / Adresse)	
Verordnender Arzt (Name / Adresse)	

Diagnose:

Ursache:

Betroffene Seite:

☐ rechts

☐ links

☐ Finger/Daumen

☐ Finger/Daumen

☐ Handgelenk

☐ Handgelenk

☐ dist. RUG (unteres Drehgelenk)

☐ dist. RUG

☐ Unterarm

☐ Unterarm

☐ prox. RUG (oberes Drehgelenk)

☐ prox. RUG

☐ Ellenbogengelenk

☐ Ellenbogengelenk

☐ Oberarm

☐ Oberarm

☐ Schultergelenk

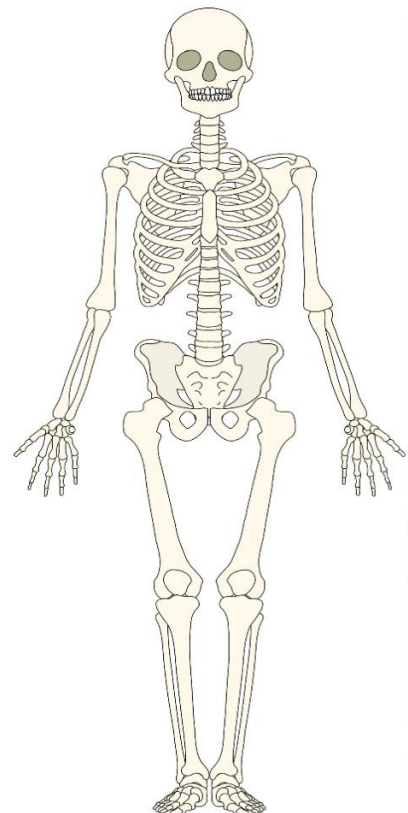
☐ Schultergelenk

☐ Clavicula (Schlüsselbein)

☐ Clavicula

☐ Rumpf: _____

☐ untere Extremität: _____



Medizinische Anamnese

Waren Sie im Krankenhaus?

(Welches ? Wie lang?) _____

Welche Behandlung erfolgte?

(konservativ/OP?) _____

Welche Nachversorgung erfolgte?

(Gips, Schiene,...) _____

Leiden Sie unter:

Atemwegserkrankungen	☐ ja	☐ nein
Sehstörungen	☐ ja	☐ nein
Hauterkrankungen	☐ ja	☐ nein
Diabetes Mellitus	☐ ja	☐ nein
Durchblutungsstörungen	☐ ja	☐ nein
Herz- / Kreislauferkrankungen	☐ ja	☐ nein
Rückenschmerzen	☐ ja	☐ nein
Bandscheibenvorfälle	☐ ja	☐ nein
Skoliose	☐ ja	☐ nein
Hüftbeschwerden	☐ ja	☐ nein
Lähmungen	☐ ja	☐ nein
Sensibilitätsstörungen	☐ ja	☐ nein
Arthrose/Rheuma	☐ ja	☐ nein
Künstliche Gelenke	☐ ja	☐ nein
Amputationen	☐ ja	☐ nein
Materialallergien	☐ ja	☐ nein

Sonstiges: _____

Medikamente

--

Berufliches, soziales und häusliches Umfeld

Üben Sie zur Zeit eine berufliche Tätigkeit aus? ☐ ja ☐ nein

Beruf: _____

Bei „nein“: Ist die Wiederaufnahme einer solchen geplant? ☐ ja ☐ nein

In Ihrem Beruf müssen Sie überwiegend:

☐ Sitzen	☐ Stehen / Gehen
☐ Tippen/Schreiben	
☐ Heben/ Tragen	
☐ Handwerken/ steuern	

Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrem Haushalt? _____

Davon Kinder (Anzahl, Alter) _____

Davon pflegebedürftige Personen (Anzahl, Alter) _____

Versorgen Sie Angehörige mit?

☐ ja ☐ nein

Welche Aktivitäten müssen Sie i.d.R. ausüben?

☐ Haushalt ☐ Einkauf
☐ Spazieren ☐ Gartenarbeit
☐ Hobbies ☐ Ausflüge
☐ Kinderbetreuung

Welche Hobbies haben Sie? _____

Führen Sie diese aktuell aus?

☐ ja ☐ nein

Werden Sportaktivitäten durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

In welchen Bereichen sind Sie am meisten eingeschränkt?

☐ Alltag: ☐ Körperhygiene ☐ Nahrungszubereitung/-aufnahme
☐ An- & Auskleiden ☐ Haushalt

☐ Beruf: _____

☐ Freizeit: _____

☐ Mobilität: _____

Haben Sie bereits Hilfsmittel für den Alltag? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Mobilität

(Diesen Abschnitt bitte nur bei Defiziten in der Fortbewegung ausfüllen!)

Geschätzte Gehstrecke pro Tag ☐ 0-500m ☐ 501-1000m ☐ über 1000m

Geschätzte Treppenstufen pro Tag ☐ 0 ☐ 1-50 ☐ 51-100 ☐ ...

Treppen im Haus? ☐ ja ☐ nein ☐ Fahrstuhl

Wie bewegen Sie sich überwiegend fort? ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ UA – Gehstützen
☐ Stock ☐ Sonstiges _____

Wo und wie oft bewegen Sie sich fort?

Auf ebenem Grund ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Auf unebenem Grund (z.B. Wiese) ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Auf Treppen ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Auf Schrägen ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

In hügeligem Gelände ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

(Mit dem Kind / Kindern) zu Fuß ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Mit dem Haustier ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Mit dem Auto ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Mit dem Fahrrad ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Sonstiges _____ ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ tgl.

Transfer _____

Handfunktion

(Diesen Abschnitt bitte nur bei Defiziten in der Handfunktion ausfüllen!)

Bestehen Schmerzen??

☐ Ja

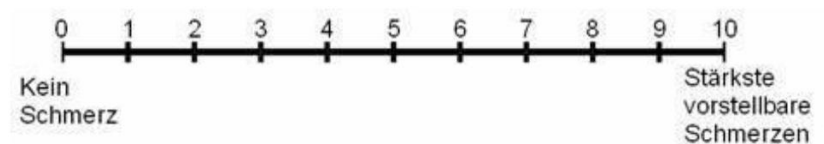
☐ nein

☐ Ruheschmerz

Falls ja:

Seit wann bestehend?	
Wann auftretend?	
Lokalisation?	
Äußert sich wie genau?	
Wird verstärkt durch?	
Wird gelindert durch?	

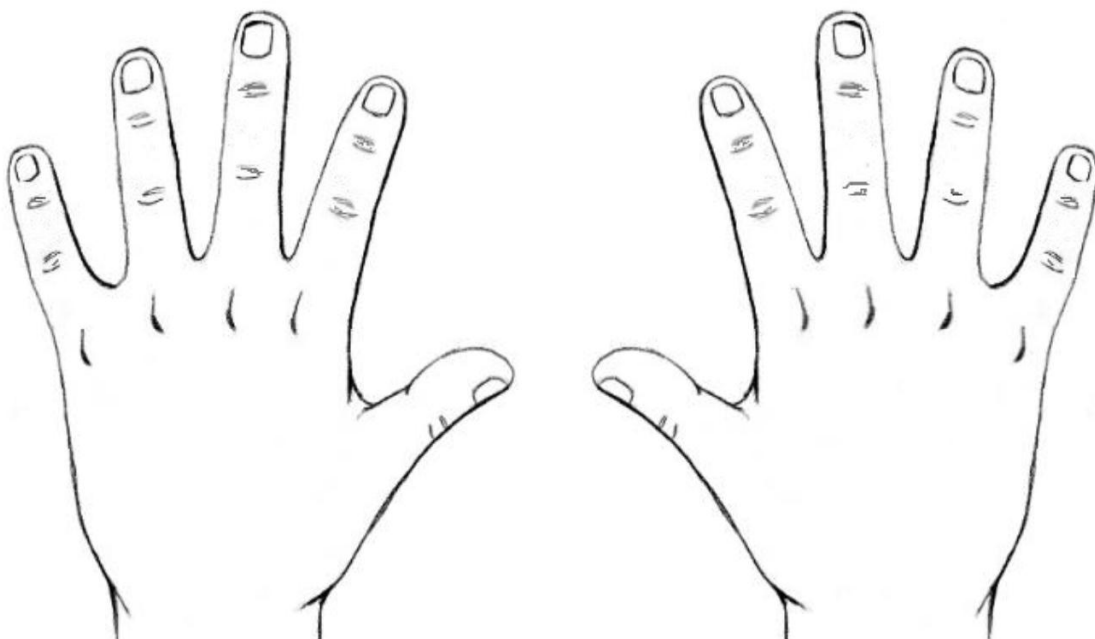
Wie stark sind die Schmerzen?



Tritt eine Schwellung auf? (wo/wann):

links

rechts



Schmerzbereich + Narbe (wenn vorhanden) bitte einzeichnen!

Haben Sie Schmerzen / Einschränkungen bei Bewegung?

Eingeschränkte Griff-funktionen / Bewegungen gesamter Arm:

Empfinden Sie Ihre Handkraft eingeschränkt? ☐ links _____ ☐ rechts _____

Haben Sie Einschränkungen / Missempfindungen in der (Oberflächen-) Sensibilität?

Falls ja, wo/ wie?:

Werden andere Therapiemaßnahmen durchgeführt (Physiotherapie, Logopädie,...)?

Falls ja, welche und wie oft?

Bitte schildern Sie nun, weshalb genau Sie hier sind und was sich in Ihrem Alltag verbessern soll. Bitte geben Sie hierfür ein Beispiel an, wie sich eine erfolgreiche Therapie für Sie bemerkbar machen würde.

Bitte notieren Sie nun Ihre realistischen Ziele (nach Priorität) und in welchem Zeitraum Sie diese erreichen wollen:

Ziel

Zeitraum

1)

2)

3)