

Zustandserhebung nach transfemorale Amputation

Name: _____

Vorname: _____

Techniker: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Amputation: rechts links Datum der Amputation: _____

Amputationsgrund: _____

Nachamputation? _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Allgemeiner Gesundheitszustand: (Erkrankungen/ weitere Behinderungen)

- Einschränkungen in der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit ja nein
Art: _____
- Herz, Kreislauf, Stoffwechselerkrankung: ja nein
Art: _____
- Medikamenteneinnahme: ja nein
Art: _____

Funktions- und Bewegungseinschränkungen der kontralateralen Seite:

- Fuß: ja nein
Art: _____
- OSG: ja nein
Art: _____
- Kniegelenk: ja nein
Art: _____
- Hüftgelenk: ja nein
Seitenbänder stabil: ja nein
Kreuzbänder stabil: ja nein

- Sonstiges: Art: _____
pAVK ja nein
- Varikosis: ja nein
- Oedemneigung: ja nein
- Funktionseinschränkung des Rumpfes: ja nein
Art: _____
- Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten: ja nein
Art: _____

Klinische Untersuchung des Stumpfes:

- Stumpflänge: Kurz (<1/3) Mittel (>1/3/ <2/3) Lang (>2/3)
- Bewegungsausschlag:(nach SFTR- Notierung):
Abduktion - 0 - Adduktion: _____ / _____ / _____
Extension - 0 - Flexion: _____ / _____ / _____
- Kraftentfaltung:

	0	1	2	3	4	5
Abduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sensibilität: gesteigert (+) unauffällig (0) geschwächt (-)
- Wärmeempfinden () Areal _____
- Kälteempfinden () Areal _____
- Berührungsempfindlichkeit () Areal _____
- Schmerzempfinden () Areal _____
- Stumpfendbelastbarkeit: Kontaktfähig Belastungsfähig Tragfähig
gering mittel hoch
- Hautzustand: normal trocken schuppig nässend
- Unterhautgewebe: straff normal weich
- Narbeneziehungen/ ja nein

- | | | | |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| -verwachsungen | Lokalisation: _____ | | |
| • Verfärbungen: | | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Lokalisation: _____ | | |
| • Entzündungen: | | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Lokalisation: _____ | | |
| • Randknoten: | | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Lokalisation: _____ | | |
| • Weichteilüberhänge: | | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Lokalisation: _____ | | |
| • weitere Stumpfprobleme: | | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Lokalisation: _____ | | |

Häusliches und berufliches Umfeld:

Wohntage: _____

Aufzug vorhanden? _____

Regelmäßige Aktivitäten mit körperlicher Beanspruchung:

(z.B. Kinder, Haushalt, Gartenarbeit, Alltag, Spazieren gehen, Haustiere, Sport..)

Familiäres Umfeld

Lebt der Kunde/Kundin allein? _____

Führt der Kunde/Kundin den Haushalt selbstständig? _____

Aktuell festgestellter Aktivitätsgrad: 0 1 2 3 4

TechnikerIn: _____

Datum: _____

PatientIn: _____