

1. Rumpforthesen - Zustandserhebung

- Checkliste und Protokoll -

Beurteilung durch

Name: _____ Datum: _____

1.1 Einführendes Gespräch, Berufs- und Freizeittätigkeit

Vorgehensweise bei der Zustandserhebung erläutern (emotionale / psychische Aspekte, insbesondere bei Erstversorgungen berücksichtigen)

Stammdaten des Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Adresse, Telefon: _____

☐ Linkshänder ☐ Rechtshänder Gewicht: _____ Größe: _____

beh. Arzt/ med. Einrichtung: _____ Kostenträger: _____

Entlassung a. Krankenhaus: _____ Erstversorgung: _____

bisherige Versorgung: _____

Angehörige / Ansprechpartner: _____ Telefon: _____

Diagnose/n

☐ degenerative Veränderungen: _____

☐ Entzündung: _____

☐ Tumor: _____

☐ Trauma: _____

☐ Lähmung: _____

☐ Metabolisch/Systemisch: _____

☐ Fehlbildung: _____

☐ Fehlhaltung/-form: _____

Bemerkungen: _____

Erledigungen des täglichen Lebens

(z.B. Haushalt / Hobbies-Freizeit / Einkäufe / Körperpflege etc.)

☐ selbständig ☐ mit Unterstützung ☐ pflegebedürftig

Bemerkungen: _____

Wege zur Arbeit / in der Freizeit

☐ zu Fuß ☐ ÖPNV ☐ Fahrrad ☐ Auto ☐ Rollstuhl

Entfernungen: _____

Tätigkeiten beruflich / privat

vorwiegend ☐ sitzend ☐ gehend ☐ stehend

Bemerkungen: _____

Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby), welche: _____

☐ mit / ☐ ohne Benutzung der Hilfsmittel

Aktivitätsgrad: ☐ geringe Aktivität ☐ mittlere Aktivität ☐ hohe Aktivität

1.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

allgemeiner Eindruck (Akzeptanz der Behinderung, Einstellung zur Versorgung, Lernfähigkeit, Besonderheiten)

☐ Herz, Kreislauf, Stoffwechselerkrankungen,

wenn ja, welche: _____

☐ Funktionseinschränkungen der unteren Extremität,

wenn ja, welche: _____

☐ Funktionseinschränkungen der oberen Extremität,

wenn ja, welche: _____

☐ Allergien: _____ Auswirkungen: _____

☐ Medikamenteneinnahmen: _____
Wirkungsweisen, Einnahme- u. Therapiedauer: _____

☐ zusätzliche Therapien: _____

☐ Einschränkungen in der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit,
wenn ja, welche: _____

☐ Krankengymnastik , physikalische Therapien,
wenn ja welche: _____

☐ Operation: Technik, Ort der Spanentnahme, Fusionsstrecke, Narben:

1.3 Klinische Untersuchung

- Konstitutionstyp: ☐ leptosom ☐ athletisch ☐ pyknisch / adipös

- Haltung/Bewegungskoordination:

☐ symmetrische Rumpfhaltung

☐ Zwangs- / Fehlhaltung: _____

Schulterhochstand li/re cm: _____ Überhang li/re cm: _____

- Beckenstellung frontal:

☐ Kreuzbeingradstand

☐ Kreuzbeintiefstand: _____

- Beckenstellung sagittal:

☐ Vorkippung

☐ Rückkippung

☐ Verwringung

- Rückenform: _____

- Betroffenes Wirbel-/ Bewegungssegment: _____

Wirbelbereich: _____

☐ Zustand benachbarter, nicht orthetisch integrierter Wirbelsäulenabschnitte:

- Funktionsstörungen:

Wirbelsäulenbereich: Blockierung/Kontrakturen: _____

Bewegungsbehinderung / -richtung _____

☐ Iliopsoas-/ Rectus femoris-/ Adduktorenverkürzung ☐ li / ☐ re / ☐ bds

☐ bei Kyphose / Skoliose: Pectoralisverkürzung ☐ li / ☐ re / ☐ bds

☐ Kraftentfaltung: Bauch-/Rückenmuskulatur, Arme, Beine: _____

- Haut

Unterhautfettgewebe ☐ straff ☐ normal ☐ weich

☐ Ödeme: _____

☐ Verfärbungen: Art: _____ Lokalisation: _____

Ursache: _____

☐ Hautveränderungen: _____

☐ Narben: _____

☐ Neurologische Symptome: _____

- Röntgenbefund Kyphose

Kyphosescheitel: _____ Grad der Kyphose: _____

Röntgenbefund Skoliose

- Grad der Seitneigung:

Gemessen nach ☐ Cobb ☐ Fergusson ☐ _____

Hauptkrümmung, Lage: _____ ☐ rechts / ☐ linkskonvex

Gradzahl: _____

Nebenkrümmung, Lage: _____ ☐ rechts / ☐ linkskonvex

Gradzahl: _____

Weitere: _____

- Rotation: Hauptkrümmung: _____

Nebenkrümmung: _____

weitere: _____

Wachstumszeichen: _____

Krümmungsmuster: _____

2. Rumpforthetik - Technische Indikation

Unterstützung/Fixation

- Checkliste und Protokoll -

Beurteilung durch:

Name: _____ Datum: _____

Patient:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum : _____

2.1 Versorgungsziel:

☐ Temporäre Versorgung

☐ Dauerversorgung

Orthesenbezeichnung: _____

- Funktion: ☐ Unterstützung: _____

☐ Stabilisation: _____

2.2 Technisches Design

2.2.1 Biomechanische Gestaltung

- Anlageflächen zur Bewegungseinschränkung

☐ Kopf: _____

durch: _____

☐ HWS: _____

durch: _____

☐ BWS: _____

durch: _____

☐ LWS: _____

durch: _____

☐ Becken: _____

durch: _____

2.2.2 Materialauswahl

- ☐ Konventionelle Ausführung: _____
- ☐ Stoff-/ Metallkonstruktion: _____
- ☐ Kunststofftechnik: _____
- ☐ thermoplastisches Plattenmaterial / Faserverbundwerkstoff: _____
- ☐ Polsterung, Fütterung: _____

2.2.3 Ausführung

- ☐ Fertigprodukt: _____
- Typ: _____ Hersteller: _____
- Bestell-Nummer: _____ Lieferzeit: _____ Best. Datum: _____
- Sonstiges: _____

- ☐ Individualanfertigung:

Bauweise: _____

Leibteil: ☐ Stoff ☐ starr ☐ Bauchpelotte: _____

Sonstiges: _____

☐ Perforation: _____ ☐ Fensterung: _____

☐ Metallverstärkung (im WS-Bereich Aluminium): _____

☐ Thorakalbügel: _____

☐ Stoffmieder / Fixationsorthese: _____

☐ mit BH-Teil ☐ mit Gummiecke / Gummibahn

☐ mit Pelotte: _____

☐ mit Stäben ☐ mit Rahmen

☐ mit Achselschlaufen ☐ mit Thorakalbügel ☐ mit Sternalpelotte

Gurtverlauf: _____

- Verschluss

Stoffleibteil: _____

Art/Lage: _____

Starres Leibteil: _____

Art/Lage: _____

☐ Pelottenknöpfe

☐ Stomaaussparung: _____

- Polsterung

Material: _____

Stärke: _____

Befestigung: _____

- Pelotten

Material: _____

Stärke: _____

Befestigung: _____

2.3 Fertigungsverfahren

- Anfertigung

☐ konventionell nach Maß / Gipsabdruck

☐ Halb- / Fertigprodukt: _____

☐ Modul: _____

- Maß-Abformtechnik

am: _____ von: _____

☐ Maße

☐ Gipsabdruck

☐ Scan

- Modelltechnik

☐ konventionell

☐ CAD-System: _____

- Zustand zur Anprobe

☐ Testorthese: _____

☐ Definitiv-Versorgung

3. Rumpforthetik - Technische Indikation

Korrektur

- Checkliste und Protokoll -

Beurteilung durch:

Name: _____ Datum: _____

Patient:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum : _____

3.1 Versorgungsziel:

☐ Kyphosekorrektur

☐ Skoliosekorrektur

Orthesenbezeichnung: _____

3.2 Technisches Design

3.2.1 Biomechanische Gestaltung

-Einleitung der Korrekturkräfte:

Kopf: _____ durch: _____

HWS: _____ durch: _____

BWS: _____ durch: _____

LWS: _____ durch: _____

Becken: _____ durch: _____

3.2.2 Materialauswahl

☐ Metall- / Stoffkonstruktion: _____

☐ Kunststofftechnik: _____

☐ thermoplastisches Plattenmaterial: _____

☐ Faserverbundtechnik: _____

☐ Polsterung, Fütterung: _____

3.2.3 Ausführung

☐ Fertigprodukt / Modul: _____

Typ: _____ Hersteller: _____

Bestell-Nummer: _____ Lieferzeit: _____ Best. Datum: _____

☐ Perforation: _____ ☐ Fensterung: _____

☐ Metallverstärkung: _____

☐ Reklinationsbügel: _____

☐ Derotationspelotten: _____

☐ Individualanfertigung / *Kyphosekorrektur*:

☐ Münsteraner-Kyphosenorthese (MKO)

☐ Beckerkorsett

☐ Becker-Gschwend-Korsett

☐ Dynamisches Korsett

☐ Milwaukeekorsett

☐ Sonstige: _____

☐ mit Reklinationspelotten

☐ mit Sternalpelotte

☐ Mit Halsring: _____

☐ Individualanfertigung / *Skoliosekorrektur*:

☐ Chêneau

☐ Boston

☐ Chêneau-Boston-Wiesbaden (CBW)

☐ Night-Time Brace

☐ TRIA C

☐

☐ Sonstige: _____

☐ mit Derotationspelotte

☐ mit Reklinationspelotten

Begründung: _____

☐ Mit Halsring: _____

- Verschluß

☐ ventral

☐ dorsal

Art: _____

Anzahl: _____

☐ Metallbügel: _____

☐ Flexibles Leibteil: _____

☐ Sonstiges: _____

- Pelotten

Material: _____

Stärke: _____

Befestigung: _____

- Polsterung

Material: _____

Stärke: _____

Befestigung: _____

3.3 Fertigungsverfahren

- Anfertigung

☐ konventionell nach Maß / Gipsabdruck

☐ Halb- / Fertigprodukt: _____

☐ Modul: _____

- Maß-Abformtechnik am: _____ von: _____

☐ Maße

☐ Gipsabdruck

☐ Scan

- Modelltechnik

☐ konventionell

☐ CAD-System: _____

- Zustand zur Anprobe

☐ Testorthese: _____

☐ Definitiv-Versorgung

4. Rumpforthesen Anprobe

Beurteilung durch:

Name: _____ Datum: _____

Patient:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Vorbereitende Arbeiten:

Überprüfen der Versorgung, Aufbau, handwerkliche Ausführung, allgemeine Sicherheitskriterien

4.1 Einführendes Gespräch / Anziehtechnik

- Gesundheitszustand zum Anprobetermin

☐ gut ☐ durchschnittlich ☐ schlecht

Beschwerden: _____

☐ Änderung des Gesundheitszustandes seit der Zustandserhebung bzw. Maßnahme
Gipsabdruck: _____

Ist die Anprobe heute sinnvoll? ☐ ja / ☐ nein

Begründung: _____

- Vorgehensweise bei der Anprobe

Erläutern des Rohbauzustandes der Versorgung und die weiteren Arbeitsschritte,
Versorgung zur „Begutachtung“ und ersten taktilen Kontaktaufnahme übergeben,

Patientenreaktion: ☐ zustimmend ☐ neutral ☐ ablehnend

Ursachen: _____

- Anziehen der Orthese - Anziehtechnik

☐ selbstständig

☐ mit Hilfe: _____

☐ in Rückenlage ☐ in Bauchlage ☐ in Seitenlage

☐ im Stand: _____

angezogen auf: (z.b. Trikot, Hemd) _____

4.2. Paßform

4.2.1. Kontrolle im Stehen

Paßform allgemein (z.B. Verschluß- / Nahtverlauf): _____

Abdomineller Gegenhalt (z.B. Bauchprofil): _____

Anordnung und Lage der Pelotte(n): _____

Wirkungsweise der Gurtverstärkungen: _____

Randgestaltung:

Beinausschnitt: _____

vordere obere Spinen: _____

Symphysenkante, Trochanter/kleine Glutäen: _____

hintere untere Länge (Glutealfassung): _____

hintere obere Länge (Schulterblätter, ggf. Kopfteil): _____

Achselanlage, Armausschnitt: _____

vordere obere Länge (Rippenbögen eingefaßt): _____

Inspirationsfreiraum (Brust-/Flankenatmung): _____

Sonstiges: _____

4.2.2. Kontrolle im Sitzen und Änderungen

☐ Hochschieben (Ausmaß/Ursache): _____

☐ Veränderung der Lordosestellung: _____

- Randgestaltung

Beinausschnitt: _____

medialer / lateraler Oberschenkel: _____

Gummiecken: _____

Lage der Symphyse (Weichteilfalte): _____

hintere, untere Fassung (Glutealfassung): _____

hintere obere Länge (Schulterblätter, ggf. Kopfteil): _____

Achselanlage, Armausschnitt: _____

vordere obere Länge (Brustfreiraum): _____

Inspriationsfreiraum: _____

Thorakale Anlagen: _____

Bewegungsspielraum mit Orthese (Schuhe binden, an- und auskleiden etc.):

4.2.3 Kontrolle der Funktion

Bewegungskontrolle (Einschränkungen erreicht?): _____

Paßform beim Gehen / Treppensteigen: _____

4.2.4. Körperstatik

Lotlinie Frontalebene: C7 - Rima-Ani - Unterstützungsfläche

☐ ja ☐ Abweichung: _____

Lotlinie Sagittalebene: Ohr, Trochanter, vor Knie, vor Sprunggelenk

☐ ja ☐ Abweichung: _____

4.3. Handwerkliche Ausführung

Formgebung allgemein: (z.B. Sauberkeit, Nahtverlauf, Parallelität von Kanten),

Segmentverarbeitung: (z.B. Schienen, Formteile, Verschlüsse)

5. Validierung

5.1. abschließende Anprobe (siehe Checkliste 3)

5.2. Sicherheitsprüfung (siehe Checkliste 3.3.)

Zusätzlich sind alle Schrauben auf Vernietung oder korrekte Verklebung nach Herstellerangaben zu kontrollieren.

5.3. Einweisung in die Handhabung, Funktionsweise, Hygiene

5.3.1. Handhabung

☐ Anzieh-/Ausziehtechnik: _____

☐ Verschluss Technik: _____

☐ Aufstehen/Hinsetzen: _____

5.3.2.-Funktionsweise

☐ zusätzlich seit der Anprobe eingesetzte Bauteile erläutert:

☐ Arztkontrolltermin: _____

☐ nächste Passform-/ Funktionskontrolle: _____

Wartungsintervall: _____

5.3.3.-Hygiene

☐ Interface

☐ Reinigung/Wartung von Verschlüssen, abnehmbaren Teilen: _____

☐ Reinigung / Waschanleitung der Versorgung: _____