

---

## Zustandserhebung - Checkliste und Protokoll - Oberarm

Beurteilung durch:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Einführendes Gespräch, Berufs- und Freizeittätigkeit

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

### Stammdaten des Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Beh. Arzt: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Patient: männlich  weiblich

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

### Regionales / Soziales Umfeld

Erledigungen des täglichen Lebens, z.B. Haushalt / Hobbies-Freizeit / Einkäufe / Körperpflege usw.

Selbständig  mit Unterstützung

Pflegebedürftig

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Mobilität in Arbeit / Freizeit

zu Fuß

Fahrrad

Auto

öffentliche Verkehrsmittel

sonstige \_\_\_\_\_

besondere Vorrichtungen bzw. Beachtungen: \_\_\_\_\_

---

Tätigkeiten beruflich / privat

Mit  oder ohne  Benutzung des Hilfsmittels

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby), welche: \_\_\_\_\_

Mit  oder ohne  Benutzung des Hilfsmittels

**Allgemeiner Gesundheitszustand**

Erkrankungen / weitere Behinderungen

Herz, Kreislauf, Stoffwechselerkrankungen

welche: \_\_\_\_\_

Funktionseinschränkungen des Rumpfes

welche: \_\_\_\_\_

Funktionseinschränkungen der unteren Extremität

welche: \_\_\_\_\_

Funktionseinschränkungen der Kontralateralseite

welche: \_\_\_\_\_

---

Allergien: \_\_\_\_\_

Medikamente (welche): \_\_\_\_\_

zusätzliche Therapien: \_\_\_\_\_

Einschränkungen in der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit,  
welche: \_\_\_\_\_

Allgemeiner Eindruck (Akzeptanz der Behinderung, Einstellung zur Versorgung,  
Lernfähigkeit, Besonderheiten): \_\_\_\_\_

---

---

### Klinische Untersuchung

Amputationsseite:  links /  rechts

Linkshänder /  Rechtshänder

Amputationshöhe: \_\_\_\_\_

Ellenbogengelenkexartikulation

Oberarmamputation

Schultergelenkexartikulation

Schulterexartikulation

Interthoracoskapuläre Amputation

Stumpflänge  ultrakurz (max. 50% des prox. Drittel)

kurz im proximalen Drittel

mittellang im mittleren Drittel

lang im distalen Drittel

**Amputationsursache:** \_\_\_\_\_

**Angeboren**       longitudinaler Defekt

transversaler Defekt

**Beschreibung:** \_\_\_\_\_

**Amputationsart:**     Osteoplastik

Myoplastik

Sonstige

**Welche:** \_\_\_\_\_

Muskelstatus (Amputationsseite)	0	1	2	3	4	5
Schultergelenk - Anteversion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk - Retroversion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk - Abduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk - Adduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen - Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen - Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Supination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Pronation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 = keine Kontraktion  
 1 = fühlbare Kontraktion  
 2 = Bewegung ohne Einwirkung der Schwerkraft

3 = Bewegung gegen die Schwerkraft  
 4 = Bewegung gegen Widerstand  
 5 = normale Muskelaktivität

**Krafteinschränkungen auf der erhaltenen Seite?**     ja                       nein

---

**Bewegungsausmaß nach SFTR-Notierung:**

auf der Amputationsseite:

Schultergelenk: F: Abduktion - 0 - Adduktion: \_\_\_\_\_  
**(mit Elevation)**

S: Anteversion - 0 - Retroversion: \_\_\_\_\_

T: Anteversion - 0 - Retroversion: \_\_\_\_\_

Schultergürtel: F: Heben - 0 - Senken: \_\_\_\_\_

S: Anteversion - 0 - Retroversion: \_\_\_\_\_

evtl. erhaltene Seite testen:

Bemerkungen zu der Fingerbeweglichkeit: \_\_\_\_\_

Handgelenk: S: Extension - 0 - Flexion: \_\_\_\_\_

F: Supination - 0 - Pronation: \_\_\_\_\_

T: Radial- - 0 - Ulnarabduktion: \_\_\_\_\_

Ellenbogengelenk: S: Extension - 0 - Flexion: \_\_\_\_\_

Schultergelenk: F: Abduktion - 0 - Adduktion: \_\_\_\_\_

**(mit Elevation)**

S: Anteversion - 0 - Retroversion: \_\_\_\_\_

R: Außenrotat. - 0 - Innenrotat.: \_\_\_\_\_

Schultergürtel: F: Heben - 0 - Senken: \_\_\_\_\_

S: Anteversion - 0 - Retroversion: \_\_\_\_\_

**Sensibilität des Stumpfes:** gesteigert (+)      geschwächt (-)

Wärmeempfinden      ( )      Areal: \_\_\_\_\_

Kälteempfinden      ( )      Areal: \_\_\_\_\_

Berührungsempfindlichkeit      ( )      Areal: \_\_\_\_\_

Schmerzempfinden      ( )      Areal: \_\_\_\_\_

Besonderheiten bei bestimmten Amputationsursachen, z.B. Strom oder Quetschungen beachten!