

Zustandserhebung nach Amputation am Fuß

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Verordner: _____

Amputation: links / rechts / doppelseitig

Datum der Amputation: _____

Amputationsursache: _____

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Allgemeiner Gesundheitszustand:

• Herz-, Kreislauf-, Stoffwechselerkrankung: ja / nein
Art: _____

• Medikamenteneinnahme: ja / nein
Art: _____

• Einschränkungen in der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit: ja / nein
Art: _____

• Varikosis: ja / nein

• Durchblutungseinschränkungen: ja / nein

Bemerkung: _____

• Arbeit/ Beruf: _____

Berufliche Aktivitäten vorwiegend:

Sitzend Gehend Stehend

• **Regionales/ häusliches Umfeld - Wohnung:**

- Eben/glatt Uneben/hügelig

Treppen: nein / ja, wie viele Stufen: _____

• **Mobilität:**

- Zu Fuß Fahrrad Zweirad motorisiert Auto

- Öffentl. Verkehrsmittel Rollstuhl

- Sport

Art: _____

• **Beurteilung des Aktivitätsgrades:**

- gering durchschnittlich sehr aktiv

Bemerkung: _____

Klinische Untersuchung:

• **Amputationshöhe:**

- Zehenexartikulation langer Mittelfuß (Sharp)

- Kurzer Mittelfuß Langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)

- Kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger)

- Chopart Pirogow

- Pirogoff-Spitzzy Syme

• **Bewegungsumfang:**

- | | | | |
|-----------------|---------------------------------|--|----------------|
| Supination | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | SFTR* __/__/__ |
| Pronation | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | SFTR* __/__/__ |
| Plantarflexion | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | SFTR* __/__/__ |
| Dorsalextension | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | SFTR* __/__/__ |

• **Fehlstellung:**

Supinationskontraktur bei: _____

Plantarflexion bei: _____

• **Stumpfbelastbarkeit:**

- nicht kontaktfähig kontaktfähig belastungsfähig tragfähig

Bemerkung: _____

• **Haut:**

Narbeneinziehung: nein / ja, wo: _____

Verfärbung: nein / ja, wo: _____

Ulceration: nein / ja, wo: _____

Entzündung: nein / ja, wo: _____

Schuppig/trocken: nein / ja

Allergien/ Sonstiges: nein / ja

Bemerkung: _____

Technische Indikation/ Ausführung

Prothese vorgesehen als: Kosmetischer Ersatz Interimsversorgung
 Alltagsprothese Alltagsprothese (dynamisch)

• **Schaftgestaltung:**

- Kurze Ausführung (OSG frei)
- Lange Ausführung (OSG frei) Lange Ausführung (OSG steif)
- Rahmenkonstruktion (OSG frei) Geschlossen mit Soft Socket

• **Material:**

- Leder /Metall Thermoplast Gießharz Anderes

Bemerkung: _____

Beurteilung durch:

Name: _____ **Datum :** _____