
Zustandserhebung nach Hüftexartikulation

Name: _____

Vorname: _____

Techniker: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Amputation: links / rechts

Datum der Amputation: _____

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: _____

Seitenbänder stabil: ja / nein

Kreuzbänder stabil: ja / nein

Hüftgelenk: ja / nein

Art: _____

Sonstiges: 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:

Amputationsart: Hüftexart.

Pseudo- Hüftex.

Hemipelvektomie

Sensibilität: gesteigert (+) unauffällig (0) geschwächt (-)

Wärmeempfinden () Areal _____

Kälteempfinden () Areal _____

Berührungsempfindlichkeit () Areal _____

Schmerzempfinden () Areal _____

Stumpfenbelastbarkeit:

Tragfähig: gering mittel hoch

Hautzustand: normal trocken schuppig

nässend

Unterhautgewebe: straff normal weich

Narbeneinziehungen/
-verwachsungen ja / nein
Lokalisation: _____

Verfärbungen: ja / nein
Lokalisation: _____

Randknoten: ja / nein
Lokalisation: _____

Weichteilüberhänge: ja / nein
Lokalisation: _____

Entzündungen: ja / nein
Lokalisation: _____

weitere Stumpfprobleme: ja / nein
Lokalisation: _____

Aktuell festgestellter Aktivitätsgrad: 0 1 2 3 4