
Zustandserhebung nach transfemoraler Amputation

Name: _____

Vorname: _____ Techniker: _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Amputation: links / rechts Datum der Amputation: _____

Amputationsgrund: _____

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:

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

Narbeneinziehungen/
-verwachsungen ja / nein
Lokalisation: _____

Verfärbungen: ja / nein
Lokalisation: _____

Entzündungen: ja / nein
Lokalisation: _____

Randknoten: ja / nein
Lokalisation: _____

Weichteilüberhänge: ja / nein
Lokalisation: _____

weitere Stumpfprobleme: ja / nein
Lokalisation: _____

Aktuell festgestellter Aktivitätsgrad: 0 1 2 3 4

Stumpf - Protokoll der Umfangmaße

Datum:				
0 cm				
2,5 cm				
5 cm				
7,5 cm				
10 cm				
12,5 cm				
15 cm				
20 cm				
25 cm				