

3-A Diagnostik

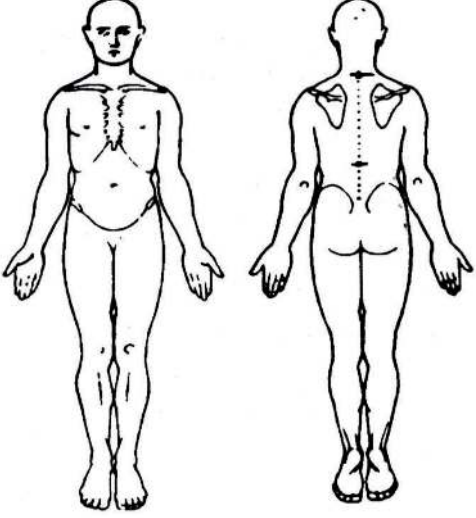
Name, Vorname	Beruf	Hobbies	Geb. Datum	Datum
Diagnose		Nebendiagnosen		

Beschwerdebeschreibung / Hauptproblem laut Patient (evtl. ADL)

Beginn / Dauer / Vorgeschichte (Therapie, ärztl. Diagnostik...) / **Psychoziale Faktoren** (Beruf, Familie, Sozialleben...)

Körperliche Untersuchung / Funktionsuntersuchung

Inspektion / Ganzkörperstatik (Atrophie, Schonhaltung, Narben...)




Schmerzanamnese

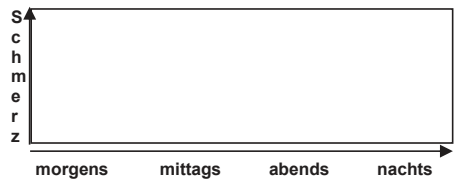
Schmerzregelmäßigkeit (letzte 4 Wochen)

Ständig 6	mehr- mals täglich 5	1x/Tag 4	mehr- mals/ Woche 3	1x/Woc- he 2	seltener 1	nie 0	
							vorher
							nach ___ BE

Schmerzstärke

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										vorher
										nach ___ BE

24h Verlauf



Provokation	Linderung	Qualität

Name, Vorname

Palpation (Tonus, Triggerpunkte, Schwellung, Temperatur, Faszien...)

**Aktives Bewegungsmaß
in Grad Dokumentieren**
Beide Extremitäten messen
Knie: Flexion/ Extension,
Innenrotation/ Außenrotation
Hüfte: Flexion/ Extension,
Abduktion/ Adduktion,
Innen/ Außenrotation

Wirbelsäule:
min. 2 Bewegungsebenen
(nach Möglichkeit
computergestützt)

Funktionsuntersuchung Gelenk / WS-Region: (betroffene Seite markieren)

Bewegungs- richtung	aktiv EA		aktiv AA		Besonderheiten (passive Beweglichkeit, Endgefühl...)
	rechts	links	rechts	links	
Koordination	betroffene Seite			nicht betroffene Seite	

Spezielle Tests / Neurale Situation (Gangbild, Gelenkspiel, Kennmuskulatur, Neurodynamik...)

Dauer Einbeinstand in
Sekunden dokumentieren (max.
60 Sekunden).
Der erste Versuch
wird gewertet

Persönliche Ziele des Patienten (ADL, Sport, Beruf...)

Therapieziele des
Patienten nach
SMART-Kriterien
dokumentieren.

Empfehlung Begleitende / Weiterführende Maßnahmen

- Next Physio
- Tape
- Sonstiges
- Ergänzungsprogramm KG
- Wärme
- KGG/MT/KG als Selbstzahler
- Extension

Bei AA: Zielerreichung
dokumentieren.

Ergebnis der Subklassifikation / Hypothese

<input type="checkbox"/> mechanisches Problem		<input type="checkbox"/> nicht mechanisches Problem (psycho-sozial)
<input type="checkbox"/> bewegungsabhängig	<input type="checkbox"/> bewegungsunabhängig	<input type="checkbox"/> fehlende Stressverarbeitung (Erholung/Belastung)
<input type="checkbox"/> Nerv	<input type="checkbox"/> Dysfunktion der Bewegungskontrolle	<input type="checkbox"/> falsche Schmerzverarbeitung
<input type="checkbox"/> Muskel		<input type="checkbox"/> Katastrophisierung
<input type="checkbox"/> Gelenk		<input type="checkbox"/> Durchhaltestrategie
		<input type="checkbox"/> Hilflosigkeit
		<input type="checkbox"/> Depressivität
		<input type="checkbox"/> Angst-Vermeidungsverhalten
		<input type="checkbox"/> fehlende Motivation

Analysotyp

	Stimme gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme teilweise zu	Stimme größtenteils zu	Stimme völlig zu
	1	2	3	4	5
1. Das Therapiezentrum bietet mir ein angenehmes Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich empfinde die Therapeuten als zuvorkommend und hilfsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich halte die Therapeuten für fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich durch die Therapeuten gut betreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin ausreichend über zusätzliche Therapieangebote informiert worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin mit den organisatorischen Abläufen im Zentrum zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durch die Therapie habe ich wieder Freude an Bewegung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der Erfolg der Therapie entspricht meinen Erwartungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Therapie hat mir geholfen, die Anforderungen von Beruf und Alltag besser zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Therapie hat mich ermutigt, mehr für meine Gesundheit zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich bin bereit, die Therapie auf eigene Kosten fortzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich werde die Therapieeinrichtung weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Weitere Bemerkungen:</u>					

Anamnese (v.a. Vorerkrankungen)		
Name, Vorname des Versicherten glt. nr.		
Kategorie:	Verleitetheit:	Stufe
Schmerzcharakter:	Art:	Causes
Verlaufsform:		
→ Tel.-Nr./Mobil:		
→ E-Mail:		

Deutsche Arzt AG

Patientenscreeningbogen
-Facharzt für Orthopädie-
 Bitte den kompletten PSB faxen an: 0 20 54 / 9 38 56 59.

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen keine ärztlichen Bedenken an einer Therapieteilnahme.

Diagnose mit Leitsymptomatik (gesicherte u. Verdachtsdiagnose; g/V), ggf. weitere wesentliche Befunde u. Behandlungsvorschläge sowie Dauer der Behandlung u. besondere Maßnahmen angeben

Indikationskriterial	ICD-10	Let	Zu	S	V
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche Dokumentation

Bei Gemeinschaftspraxen bitte behandelnden Arzt im Stempel unterstreichen !

DATUM NAME ARZT STEMPEL & UNTERSCHRIFT ARZT

Wird aufgrund der oben aufgeführten Diagnose eine Operation nötig?

nein ja, welche? _____ Wann? In 3 Monaten | In 6 Monaten | in 9 Monaten

Der Patientenscreeningbogen wird an die Deutsche Arzt AG, den betreuenden Leistungserbringer sowie ggf. an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergegeben. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis gemäß § 67a Abs. 3 SGB X freiwillig erkläre, dass ich es jederzeit widerrufen kann und dass damit die Beendigung der Besonderen Versorgung verbunden ist.

Unterschrift des Patienten zur Datenfreigabe	Rückfragen unter 0 1801-93 68 786 (Case-Management)
--	--

Patientenscreeningbogen
Facharzt für Orthopädie

Deutsche Arzt AG

Name, Vorname	Geb.-Datum	Versichertennummer

<input type="checkbox"/>	Erstmeinung
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung
- wenn ja: ist vom Erstbehandler eine OP Empfehlung ausgesprochen worden? Ja () Nein ()	

Modulauswahl:

Knie/Hüfte	Wirbelsäule	Schulter/Ellenbogen
Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	Startmodul (8 TE)
Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)	Entscheidung Operateur
	Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)	Keine OP
		Stationäre OP
		Kurz-stationäre OP

Ärztliche
Dokumentation

Individuelle Zielvereinbarung mit dem Patienten (nach SMART), aus der Lebenswelt des Patienten

Arbeitsunfähigkeit

AU droht: nein ja

AU-Zeiten: nein ja, am _____ (In den letzten 6 Monaten zur
angegebenen Diagnose)

zur Zeit AU: nein ja, seit _____ Krankengeldbezug

aufgrund folgender Diagnose: _____

Bisherige Diagnostik-/Therapiemaßnahmen in den letzten 12 Monaten:

<input type="checkbox"/>	Medikamentenversorgung: (zur angegebenen Diagnose)	_____			
<input type="checkbox"/>	Radiologische Diagnostik (z.B. MRT, CT): (zur angegebenen Diagnose)	_____			
<input type="checkbox"/>	Heilmitteltherapie (zur angegebenen Diagnose)	KGG:	KGNT:	KMT:	Physiotherapie:
<input type="checkbox"/>	Stationäre/Ambulante Rehabilitation	_____			
<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie: (zur angegebenen Diagnose)	_____			
<input type="checkbox"/>	Operationen? wenn ja, welche:	_____			
<input type="checkbox"/>	Geplante begleitende Maßnahmen durch den Arzt (z.B. Akupunktur, Injektionen, PST):	_____			

Name, Vorname

Rechtshänder/In:

Linkshänder/In:

	EA	KA	JA
<u>Datum</u>			
<u>Körpergröße /-gewicht</u>	_____ cm, _____ kg	_____ kg	_____ kg
<u>Tester</u>			
<u>Rezept – Nr.</u>			
LWS/BWS – Mobilität	EA	KA	JA
Extension / Flexion	Ext _____° Flex _____°	Ext _____° Flex _____°	Ext _____° Flex _____°
Lateralflexion	re _____° li _____°	re _____° li _____°	re _____° li _____°
Rotation	re _____° li _____°	re _____° li _____°	re _____° li _____°

LWS/BWS – Isometrische Maximalkraft		EA	KA	JA
Extension	Sitzhöhe: _____ / Lordosepolster: _____ Trainingsarm: _____	Ext _____ Nm	Ext _____ Nm	Ext _____ Nm
Flexion	s. o. und Trainingsarm: _____	Flex _____ Nm	Flex _____ Nm	Flex _____ Nm
Lateralflexion	Sitzhöhe: _____ Trainingsarm: _____	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm
Rotation	Schulterbreite: _____	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm
Dynamische Leistungsfähigkeit		_____ kg, _____ Watt	_____ kg, _____ Watt	_____ kg, _____ Watt
LWS – Extension		_____ s, _____ J	_____ s, _____ J	_____ s, _____ J
HWS – Mobilität		EA	KA	JA
Extension / Flexion		Ext _____° Flex _____°	Ext _____° Flex _____°	Ext _____° Flex _____°
Lateralflexion		re _____° li _____°	re _____° li _____°	re _____° li _____°
Rotation		re _____° li _____°	re _____° li _____°	re _____° li _____°

HWS - Isometrische Maximalkraft		EA	KA	JA
Extension	Sitzhöhe: _____ / Rückenpolster: _____ Rumpflänge: _____ / Trainingsarm: _____	Ext _____ Nm	Ext _____ Nm	Ext _____ Nm
Flexion	s. o. und Rückenpolster: _____ Trainingsarm: _____	Flex _____ Nm	Flex _____ Nm	Flex _____ Nm
Lateralflexion	s. o. und Rumpflänge: _____ Rumpfbreite: _____ Trainingsarm: _____	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm
Rotation	Sitzhöhe: _____ Sitztiefe: _____	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm	re _____ / li _____ Nm