
| | | |
|-------|----------|-------------|
| Name: | Vorname: | Geb.-datum: |
|-------|----------|-------------|

Termin Eingangsanalyse:

Name Physiotherapeut:

Zentrum:

Therapiebeginn, da

1). Patient richtig eingesteuert wurde

Therapieabbruch empfohlen, da

2). Patient noch nie etwas von einer geplanten/notwendigen OP gehört hat

3). Patient die Therapie & Hausaufgaben nicht regelmäßig, 2x pro Woche, umsetzen will/kann (fehlende Compliance)

4). sich die OP nach Einschätzung des PT mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht um mind. 2 Jahre verzögern lässt

5). Sonstiges: _____
(andere Hauptbeschwerden, etc.)***Bei den Punkten 2).-5). bitte Rücksprache mit dem Arzt.*****Feedback nach Abstimmung mit dem Arzt:**

Bei tatsächlichem Therapieabbruch, bitte Widerruf (QMF 48) an das Case Management faxen.**Bitte nach Durchführung der Eingangsanalyse an das Case Management faxen: 0 20 54 – 9 38 56 59.**

ACHTUNG: Bitte an den zuweisenden Arzt faxen

Deutsche Arzt AG

Faxnummer
Casemanagement:

THERAPIEVERLAUFSPROTOKOLL

02054 9385659

Standort

Arzt

Patientendaten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Eingangsanalyse:

Datum Arzt

Datum Physiotherapie

Name Therapeut

Modulvorschlag Arzt:

OP-Vermeidung

OP-Vorbereitung

Modulvorschlag Physiotherapie:

OP-Vermeidung

OP-Vorbereitung

Gemeinsame Entscheidung:

OP-Vermeidung

OP-Vorbereitung

Therapiebericht PT nach 8 Therapieeinheiten:

Unterschrift Therapeut, Datum

Modulwahl bei Therapiefortführung:

Vorschlag Therapiefortführung Physiotherapie:

klein (8 TE)

mittel (16 TE)

intensiv (24 TE)

Vorschlag Therapiefortführung Arzt:

klein (8 TE)

mittel (16 TE)

intensiv (24 TE)

Gemeinsame Entscheidung:

klein (8 TE)

mittel (16 TE)

intensiv (24 TE)

Datum Zwischenuntersuchung

Therapiebericht Arzt nach Zwischenuntersuchung:

Fallkonferenz erfolgt durch:

Videosprechstunde

Telefon

persönlicher Kontakt

Fax

Stempel Arztpraxis

Unterschrift Arzt, Datum

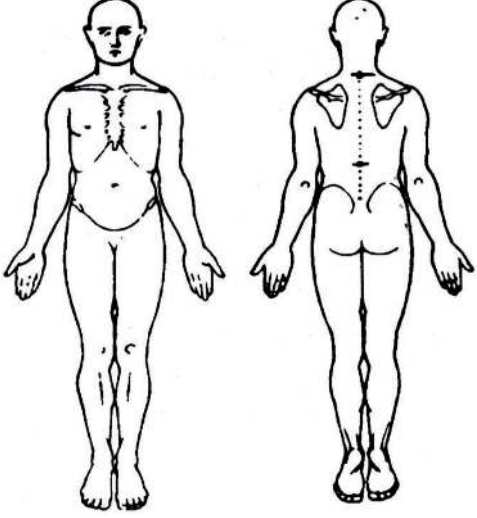
| | | | | |
|---------------|-------|----------------|------------|-------|
| Name, Vorname | Beruf | Hobbies | Geb. Datum | Datum |
| Diagnose | | Nebendiagnosen | | |

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...)



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



Schmerzanamnese →

| | | |
|--------------------|------------------|-----------------|
| 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"/> falsche Schmerzverarbeitung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Katastrophisierung <input type="checkbox"/> Durchhaltestrategie <input type="checkbox"/> Hilflosigkeit <input type="checkbox"/> Depressivität <input type="checkbox"/> Angst-Vermeidungsverhalten <input type="checkbox"/> fehlende Motivation |
| <input type="checkbox"/> Nerv | <input type="checkbox"/> Dysfunktion der Bewegungskontrolle | |
| <input type="checkbox"/> Muskel | | |
| <input type="checkbox"/> Gelenk | | |

| | | |
|---|---------------------|-------|
| Krankheitsbild bzw. Verdachtsdiagnose | | |
| Name, Vorname des Versicherten geb. am | | |
| Geschlecht | Versicherungsnummer | Stufe |
| Schmerzcharakter | Auftritt | Dauer |
| Vorgeschichte | | |
| → 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 Therapieaufnahme.

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

| Indikationsniveau | ICD-10 | Lok | Zu | g | v |
|-------------------|--------|-----|----|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

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 () | |

Modulwahl:

| 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: _____ KGMT: _____ 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): | _____ |

Staffelstein-Score (Kniegelenk)

Deutsche Arzt AG

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Hier betrachtetes Knie: rechts oder links

Krankenkasse : _____ Datum: _____

| Schmerz (max. 40 Punkte) | | P | Eingangs- analyse | Abschluss- analyse | Re- Assessment |
|----------------------------------|--|------------|----------------------|-----------------------|-------------------|
| Schmerz | kein Schmerz bei ADL | 40 | | | |
| | leichter, gelegentlicher oder unterschwelliger Schmerz, der die ADL nicht beeinflusst | 30 | | | |
| | mittelgradige Schmerzen, evtl. mit Analgetika-Einnahme | 20 | | | |
| | Schmerz beeinträchtigt deutl. die Arbeit und Alltagsverrichtungen, ständiger Analgetika-Bedarf | 10 | | | |
| | schwere Schmerzen, Pat stark eingeschränkt oder immobil | 0 | | | |
| ADL (max. 40 Punkte) | | | | | |
| Treppen steigen | ohne Schwierigkeiten | 5 | | | |
| | mit Schwierigkeiten oder mit Benutzung des Geländers | 3 | | | |
| | mit großen Schwierigkeiten oder nicht möglich | 0 | | | |
| Schuhe/Socken | ohne Schwierigkeiten | 5 | | | |
| | mit Schwierigkeiten | 3 | | | |
| | nicht möglich | 0 | | | |
| Gehstrecke | unbegrenzt | 5 | | | |
| | gehen am Stück bis 500 m möglich | 4 | | | |
| | im Zimmer mobil | 2 | | | |
| | im mobil flüssiger Gang | 0 | | | |
| Hinken | leicht bis mittelgradig | 3 | | | |
| | schwer | 0 | | | |
| | | 0 | | | |
| Hygiene (Körperpflege, Toilette) | ohne Schwierigkeiten | 5 | | | |
| | mit geringen Hilfen | 3 | | | |
| | unselbständig | 0 | | | |
| Öffentliche Verkehrsmittel | kann diese benutzen | 5 | | | |
| | kann diese nicht benutzen | 0 | | | |
| Gehhilfen | kein | 5 | | | |
| | UAG | 4 | | | |
| | Rollator / Gehbock | 3 | | | |
| | Rollstuhl | 2 | | | |
| | bettlägerig | 0 | | | |
| Aufstehen von Stuhl und Bett | ohne Schwierigkeiten | 5 | | | |
| | mit geringen Hilfen | 3 | | | |
| | unselbständig | 0 | | | |
| Kniegelenk (max. 40 Punkte) | | | | | |
| Flexion | >= 100° | 10 | | | |
| | 75-95° | 5 | | | |
| | <= 70° | 0 | | | |
| Streckdefizit | 0° | 10 | | | |
| | 5-15° | 5 | | | |
| | >=20° | 0 | | | |
| Weichteilbefund | unauffällig | 10 | | | |
| | Periart. Schwellung | 5 | | | |
| | deutl. i. a. Erguss | 0 | | | |
| Quadricepsmuskulatur | 4/5 – 5/5 | 10 | | | |
| | 3/5 | 5 | | | |
| | 1/5 – 2/5 | 0 | | | |
| Summe: | | 120 | | | |

QMF 164-A-05/17

Staffelstein-Score Kniegelenk

| |
|------------|
| 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"/> |

Weitere Bemerkungen: