

Zustandserhebung nach transfemorale 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:

Abduktion

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Adduktion

Extension

Flexion

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 <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ |
| Verfärbungen: | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ |
| Entzündungen: | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ |
| Randknoten: | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ |
| Weichteilüberhänge: | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ |
| weitere Stumpfprobleme: | ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> 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 | | | | |