

## Angaben zur Person

O1 Grund der Vorstellung: \_\_\_\_\_

Erstvorsteller     Wiedervorsteller

**ID Schlüssel:**

**BMAB** \_\_\_\_\_

O2 Größe: \_\_\_\_\_ m    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg ( mit /  ohne Prothese)    Fußlänge: \_\_\_\_\_ cm

## Angaben zur Amputation

Bei doppelseitiger Amputation bitte 2 getrennte Bögen ausfüllen  beidseitig

O3 Amputiert seit: Tag/Monat/Jahr    /    /    Seite:  rechts     links

O4 Amputationshöhe     US     OS     Knieex.     Hüftex.     Hemipelv.  
 Fuß: \_\_\_\_\_     Sonstiges: \_\_\_\_\_

spezifisch:

O5 Ursache     Trauma     Tumor     Sepsis/Infektion     Diabetes     pAVK  
 sonst. Vaskuläre Ursache     Sonstiges: \_\_\_\_\_

spezifisch:  
(z. B. was war primär, was sekundäre Ursache z.B. Infektion n. Endoprothese)

O6

O7 gab es Revisionen?     nein     ja→     weichteilig     knöchern

spezifisch:    Monat/Jahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Kraft und Beweglichkeit

O8 **betroffene Seite**  
**Hüfte** Ex/Flex    Bewegungseinschränkung?     nein     ja→    Ex/0/Flex: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ARO/IRO    Bewegungseinschränkung?     nein     ja→    ARO/0/IRO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (ARO/IRO nur für Amp. höhe US, Fuß)

O9 **betroffene Seite:**  
**Knie** Ex/Flex    Bewegungseinschränkung?     nein     ja→    Ex/0/Flex: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (nur für Amp. höhe US, Fuß)  
 Bandinstabilität?     nein     ja→     Kollateral-     Kreuzbänder

O10 **betroffene Seite:**  
**OSG** Ex/Flex    Bewegungseinschränkung?     nein     ja→    Ex/0/Flex: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

O11 **betroffene Seite:**  
**Muskelstatus**     voll     reduziert →     aufgehoben→    Muskelgruppe: \_\_\_\_\_  
 Kraftgrad n. MRC (0-5): \_\_\_\_\_

O12 **Besonderheiten**  
**kontralateral:**     keine     Kraftdefizit     Bewegungseinschränkungen     Fehlstellung  
 Fußheberschwäche     Ulkus     Amputation     Sonstige

spezifisch:

## Stumpfverhältnisse

O13	Stumpfform	<input type="checkbox"/> zylindrisch	<input type="checkbox"/> konisch	<input type="checkbox"/> birnenförmig	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z.B.Knieex, Chopart)
		<input type="checkbox"/> a-typisch: _____			
O14	Stumpflänge (relativ zur kontralat. Seite)	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z.B.Knieex, Chopart)
		knöchern: _____cm	weichteilig: _____cm		
O15	Knochenende	<input type="checkbox"/> prominent	<input type="checkbox"/> nicht prominent	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
O16	Endkontakt	<input type="checkbox"/> belastungsfähig	<input type="checkbox"/> kontaktfähig	<input type="checkbox"/> nicht kontaktfähig	
O17	Weichteildeckung	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> adäquat	<input type="checkbox"/> übermäßig	
O18	Weichteilzustand	<input type="checkbox"/> muskulös	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> atrophiert	
O19	Ödem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leicht	<input type="checkbox"/> ja, ausgeprägt	
	Volumenschwankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
O20	Amputationsnarbe	<input type="checkbox"/> verheilt	<input type="checkbox"/> eingezogen	<input type="checkbox"/> verschieblich	<input type="checkbox"/> mit Knochen verwachsen
		<input type="checkbox"/> nicht verheilt	<input type="checkbox"/> instabil	<input type="checkbox"/> verdichtetes Narbengewebe	
O21	Hautzustand:	<input type="checkbox"/> zusätzliche Narben	<input type="checkbox"/> Meshgraft	Hautbarriere intakt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Hautfarbe:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<b>Beschreibung siehe O22</b>	
	Sensibilität:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt	
	Temperatur:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> kalt	
O22	weitere Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Druckstelle	<input type="checkbox"/> Scheuerstelle <input type="checkbox"/> Ulcus
		<input type="checkbox"/> Randknoten	<input type="checkbox"/> Polödem	<input type="checkbox"/> Fistel	<input type="checkbox"/> Neurom <input type="checkbox"/> Infekt
		<input type="checkbox"/> weitere Prominenzen		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
	Beschreibung/Lokalisation/Ursache:	_____			
O23	Bemerkungen (Röntgenbefund/ sonst. Bildgebung/ Labor/ etc.) :	_____			

## Schmerzen

O24	Schmerzen am Stumpf:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja→
	spezifisch:	_____	
O25	Phantomschmerzen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja→ derzeit Medikamente/Therapie ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	spezifisch:	_____	
O26	Phantomgefühl:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja→ spezifisch: _____
O27	Sonstige Schmerzen: (allgemein)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja→ spezifisch: _____

## Angaben zur Mobilität, Lebensraum

Bitte Fragen aus Patienten Bogen „Umfeld Mobilität und Aktivitäten +LCI“ bei der Einteilung berücksichtigen

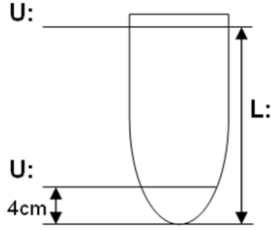
O28	aktuell ermittelter Mobilitätsgrad: <input type="checkbox"/> mob.1 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> mob.2 <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> mob.3 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> mob. 4
O29	Einschätzung des zu erwartenden Mobilitätsgrad: <input type="checkbox"/> mob.1 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> mob.2 <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> mob.3 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> mob.4
	Begründung:

## Angaben zur derzeitigen Versorgung

O30	<input type="checkbox"/> Definitivversorgung <input type="checkbox"/> Interimsversorgung <input type="checkbox"/> Probeversorgung <input type="checkbox"/> keine Angaben			
O31	Prothese erstellt: Monat /Jahr: /	Gewicht:		
O32	Schafttechnik/ Schaftgestaltung:			
O33	Liner: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	spezifisch:	Größe:	
	Strümpfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	spezifisch:	( wann?, Anzahl, Art)	
O34	Endkontakt: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise	spezifisch:		
O35	Passform: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mangelhaft	spezifisch:		
O36	korrekte Prothesenlänge: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein spezifisch:			
O37	Fußpassteil: Größe/Kat.:	Kniepassteil:		
	Hüftpassteil:	weitere Funktionsbauteile: (z. B. Drehadapter, etc.)		
O38	Kosmetik:			
O39	Bemerkung/Sonstiges:			

O40	<b>Fotodokumentation</b>	<b>statischer Aufbau LASAR:</b>																								
<input type="checkbox"/> L.A.S.A.R.-Fotos <input type="checkbox"/> Schaft-Fotos <input type="checkbox"/> Stumpfstellung im Raum (aufrechter Stand) <input type="checkbox"/> Stumpf-Fotos <input type="checkbox"/> Sonstiges: !!Achtung LASAR Dokumentation unter 50/50 Belastung!!		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">sagittal</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Referenzpunkt:</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><b>ant (+)</b></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><b>post. (-)</b></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">frontal</th> </tr> <tr> <td>Referenzpunkt :</td> <td style="text-align: center;"><b>med (+)</b></td> <td style="text-align: center;"><b>lat. (-)</b></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	sagittal			Referenzpunkt:	<b>ant (+)</b>	<b>post. (-)</b>							frontal			Referenzpunkt :	<b>med (+)</b>	<b>lat. (-)</b>						
sagittal																										
Referenzpunkt:	<b>ant (+)</b>	<b>post. (-)</b>																								
frontal																										
Referenzpunkt :	<b>med (+)</b>	<b>lat. (-)</b>																								

## Angaben zur geplanten Versorgung/ zum weiteren Vorgehen

O41	<input type="checkbox"/> Definitivversorgung <input type="checkbox"/> Interimsversorgung <input type="checkbox"/> Probeversorgung <input type="checkbox"/> keine Angaben		
O42	Schafttechnik/ Schaftgestaltung:		
O43	Endkontakt:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise
O44	Bekannte Unverträglichkeiten/Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
O45	Liner	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → Größe: _____ Anschluss: _____ spezifisch: _____
O45			
O46	Fußpassteil: _____ Größe/Kat. _____ Hüftpassteil: _____ Kosmetik: _____	Kniepassteil: _____ besondere Funktionsbauteile: (z. B. Drehadapter, etc.)	
O47	Bemerkung/Sonstiges:		

## Zusammenfassende Beurteilung

O48	Prothesenversorgung möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →
	spezifisch:	
O49	weitere Hilfsmittel/ Therapiemaßnahmen indiziert ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	spezifisch:	
O50	Stumpfrevision indiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	spezifisch:	
O51	Verordnung ausgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	spezifisch:	
O52	weiteres Procedere:	
O53	<b>T ReEval:</b> (bitte hier Ereignis /Zeitpunkt zur nächsten Erhebung definieren, z.B. Checkup in einem Jahr)	
O54	Daten erhoben am: _____	durch _____ / _____
	Datum	(Berufsgruppe: Techniker, Arzt, Therapeut etc)