

Fertigung und dem Prothesengebrauch im Alltag berücksichtigt werden müssen (z. B. Lähmungen, Schädigungen, kontralaterale Seite, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen u. ä.)?

Liegen diagnostizierte Hauterkrankungen vor?

- ja, welche:
 nein

Werden versorgungsrelevante Medikamente eingenommen?

- ja, welche:
 nein

Werden versorgungsrelevante Therapien durchgeführt?

- ja, welche:
 nein

Sind Materialallergien bekannt?

- ja, welche:
 nein

Sind Implantate/Endoprothesen am betroffenen Arm bekannt?

- ja, welche:
 nein

Welche anderen versorgungsrelevanten Hilfsmittel werden genutzt (z. B. Greifhilfen, u. ä.)?

- ja, welche:
 nein

Allgemeiner Eindruck (Akzeptanz der Behinderung, Einstellung zur Versorgung, usw.):

3. Angaben zur Vorversorgung

3.1. Allgemeine Angaben

Gibt es eine Vorversorgung?

- ja, welche:
 nein

Datum der Vorversorgung:

Leistungserbringer der Vorversorgung:

Angaben zur Passform, Aufbau und Funktion:

3.2. Bestandteile der bisherigen Versorgung

	Pos.-Nr. aus dem HMV				
	PG	AO	UG	A	Produkt
Bauart des Schaftes:					
Handpassteil:					
Ellenbogengelenk:					
Schultergelenk:					
Weitere Komponenten:					

Gewicht der Versorgung: _____

Ggf. gesondertes Beiblatt verwenden PG = Produktgruppe, AO = Anwendungsort, UG = Untergruppe, A = Produktart

4. Spezielle Angaben zum Stumpf und der kontralateralen Seite

4.1. Maßblätter nach Amputation/Fehlanlage im Bereich:

Anlage 1 – Finger-/Daumen; Teilhand; Transcarpal/Carpal

Anlage 2 – Handgelenk; Unterarm

Anlage 3 – Ellenbogengelenk; Oberarm

4.2. Allgemeine Angaben

Stumpfform: zylindrisch kegelförmig birnenförmig

Ist die Wundheilung und
Stumpfkonditionierung abgeschlossen? ja nein

Weichteildeckung des Stumpfes: nicht ausreichend ausreichend übermäßig

Stumpfmuskulatur: muskulös atrophiert

Knöcherner Prominenz: keine vorhanden: _____

Volumenschwankungen: ja nein

Belastungsfähigkeit des Stumpfes: keine teilweise voll

Palpationsbefund: _____

4.3. Narben und Haut

Amputationsnarbe verheilt: ja nein

Narbe eingezogen: ja nein Narbe mit Knochen verwachsen: ja nein

Zusätzliche Narben: keine ja, Beschreibung: _____

Schädigungen (z. B. Hautläsionen, Druckstellen, Scheuerstellen): _____

Hauttransplantation nein ja, wo: _____

Sensibilität: unauffällig vermehrt vermindert

Stumpfschmerzen: keine ja, wo: _____

Temperatur: wärmer kälter seitengleich

Gefäßprothese: keine ja, wo: _____

Ödeme: keine ja, wo: _____

Bemerkungen: _____

4.4. Bewegungsausmaße/Kontrakturen

Schulter (unter Mitbeteiligung des Schultergürtels):

- Retro-/Anteversion (40° – 0° – 170°) rechts: _____ links: _____
- Ab-/Adduktion (180° – 0° – 40°) rechts: _____ links: _____
- Außen-/Innenrotation (in Neutral-0-Stellung; 70° – 0° – 80°) rechts: _____ links: _____
- Außen-/Innenrotation (bei 90° abduziertem Oberarm; 90° – 0° – 80°) rechts: _____ links: _____

Ellenbogen: Extension/Flexion (10° – 0 – 150°) rechts: _____ links: _____

Unterarm: Pro-/Supination (90° – 0 – 90°) rechts: _____ links: _____

Handgelenk: Extension/Flexion (70° – 0 – 80°) rechts: _____ links: _____

Radialduktion/Ulnarduktion (30° – 0 – 40°) rechts: _____ links: _____

Bewegungseinschränkungen der Hand: _____

Bewegungseinschränkungen der Finger: _____

4.5. Muskelfunktionstest nach Janda¹

Muskelstatus betroffener Arm:	0	1	2	3	4	5
Schultergelenk – Anteversion:	<input type="checkbox"/>					
Schultergelenk – Retroversion:	<input type="checkbox"/>					
Schultergelenk – Abduktion:	<input type="checkbox"/>					

Schultergelenk – Adduktion:	<input type="checkbox"/>					
Ellenbogen – Flexion:	<input type="checkbox"/>					
Ellenbogen – Extension:	<input type="checkbox"/>					
Pronation	<input type="checkbox"/>					
Supination	<input type="checkbox"/>					
Handgelenk – Flexion:	<input type="checkbox"/>					
Handgelenk – Extension:	<input type="checkbox"/>					
Handgelenk – Radialduktion:	<input type="checkbox"/>					
Handgelenk – Ulnarduktion:	<input type="checkbox"/>					

Krafteinschränkungen auf der Gegenseite: nein ja: _____

- 1 0 komplette Lähmung – keine Muskelaktivität erkennbar
 1 sehr schwere Lähmung – Muskelaktivität erkennbar ohne Bewegungsausschlag
 2 schwere Lähmung – Bewegung unter Aufhebung der Schwerkraft möglich
 3 deutliche Lähmung – Bewegung ohne Widerstand möglich
 4 leichte Lähmung – Bewegung und Gegenhalt gegen leichten Widerstand möglich
 5 normale Kraft – Bewegung und Gegenhalt gegen Widerstand möglich

4.6. Fragen zur Prothesenfähigkeit

Ist der Stumpf aus orthopädietechnischer Sicht prothetisch versorgbar? ja nein

Myo-Signale, wenn vorhanden: Höhe der Signale: Auf: _____ Zu: _____
 Elektrodeneinstellung: Auf: _____ Zu: _____

Ist eine Versorgung mit einem Testschaff angezeigt: nein ja, Begründung: _____

5. Wer führte die Beurteilung durch?

Orthopädietechnik/-mechaniker/-meister/in: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

6. Anhang 1¹

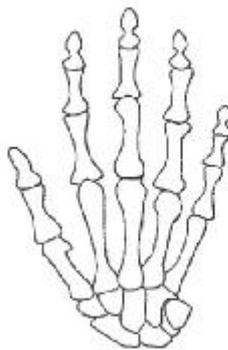
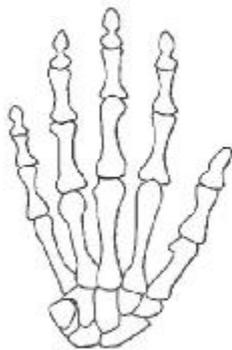
Maßblatt für Finger, Teilhand, Handamputation

Patient:	Maß- u. Abform-Technik durch:
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Datum: _____
Amputation: <input type="checkbox"/> links / <input type="checkbox"/> rechts	

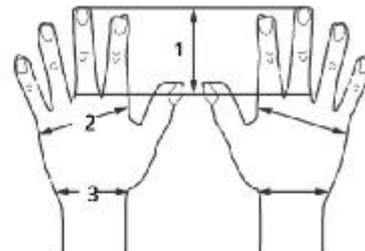
Klinische Situation:

links

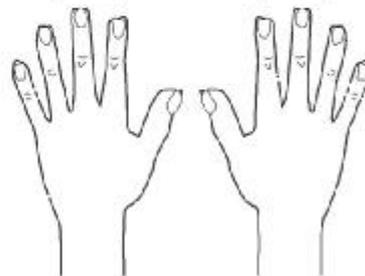
rechts



**Maßpunkte
kontralaterale
Seite:**



**Niveau
einzeichnen**



1. Fingerlänge: _____	Stumpflänge: _____
2. Umfang MH: _____	Maß 1 (siehe Zeichnung) : _____
3. Umfang Handgelenk: _____	Maß 2 (siehe Zeichnung) : _____

Bemerkungen

(sonstige Maße, etc. bei Bedarf)

¹ Maßblatt entnommen aus „Kompendium – Qualitätsstandards im Bereich Prothetik der oberen Extremität“

7. Anhang 2^{II}

Maßblatt für transradiale Amputationen

Patient:

Maß- u. Abform-Technik durch:

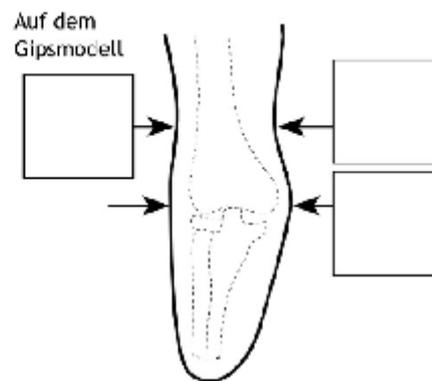
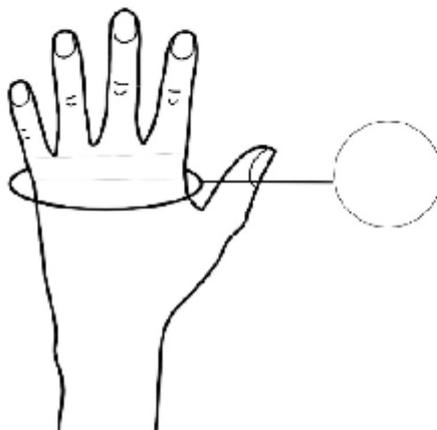
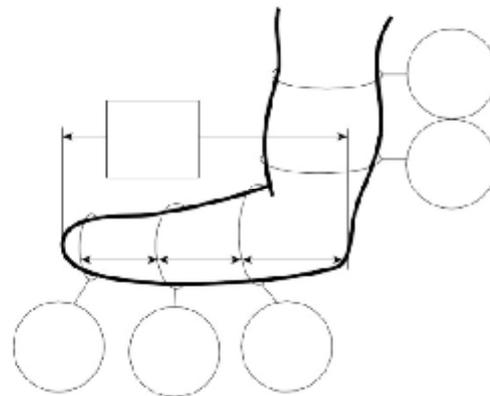
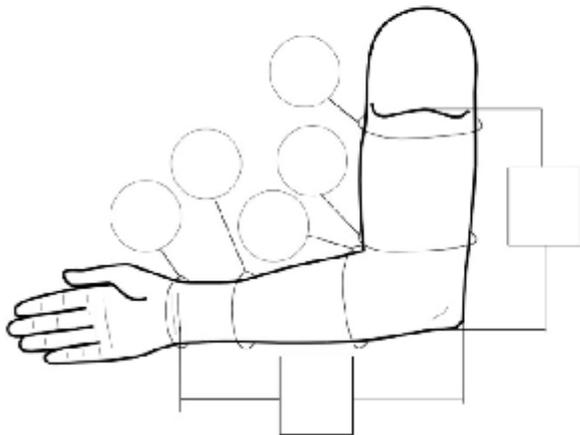
Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Amputation: links / rechts



Kosmetikhandschuh

Farbe: _____ Größe: _____

^{II} Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung – Maßblatt für transradiale Amputation

8. Anhang 3^{III}

Maßblatt für transumerale Amputationen

Patient:

Maß- u. Abform-Technik durch:

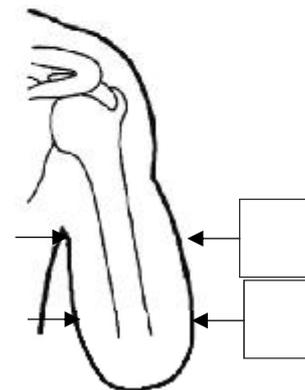
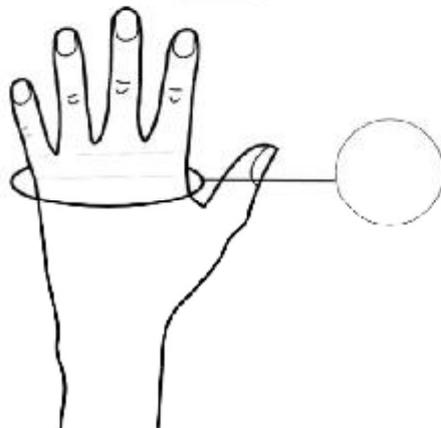
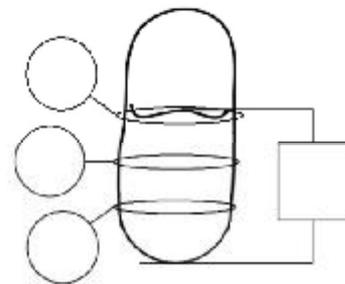
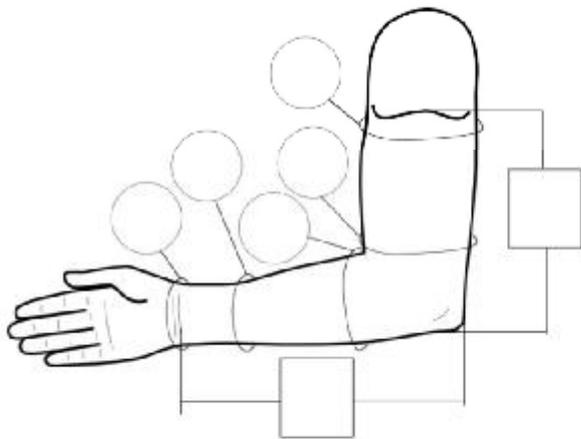
Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Amputation: links / rechts



Kosmetikhandschuh

Farbe: _____ Größe: _____

^{III} Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung – Maßblatt für transumerale Amputation