

Erhebungsbogen für individuell gefertigte Orthesen (untere Extremitäten)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____ weiblich männlich

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm linkes Bein rechtes Bein beidseits

Erstversorgung Folgeversorgung

Grund der Neu-/Folgeversorgung:

Versorgungsrelevante Diagnosen:

Funktionseinschränkungen kontralateral: nein ja, welche:

Sonstige Beschwerden/Versorgungsziel:

| Gelenkbeweglichkeit: Neutral-Null Methode | | | | | | |
|---|-------|---|---|--------|---|---|
| | links | | | rechts | | |
| USG | ° | - | ° | ° | - | ° |
| OSG | ° | - | ° | ° | - | ° |
| Kniegelenk | ° | - | ° | ° | - | ° |
| Hüftgelenk | ° | - | ° | ° | - | ° |

| Maximale Varus-/Valgus-Stellung im Knie | | | | | |
|---|-------|--------|-------|--------|--------|
| Varus | links | Valgus | Varus | rechts | Valgus |
| ° | - | ° | ° | - | ° |

| Korrigierte Varus-/Valgus-Stellung im Knie | | | | | |
|--|-------|--------|-------|--------|--------|
| Varus | links | Valgus | Varus | rechts | Valgus |
| ° | - | ° | ° | - | ° |

| | | | | |
|-----------------|-------|---|--------|---|
| Genu Recurvatum | links | ° | rechts | ° |
|-----------------|-------|---|--------|---|

Muskelstatus nach Smith/Brunner

0 = keine Kontraktion; 1 = fühlbare Muskelkontraktion; 2 = Bewegung; 3 = Bewegung gegen die Schwerkraft; 4 = Bewegung gegen leichten Widerstand; 5 = normale Muskelaktivität gegen starken Widerstand

Zusätze: S - Spastik, K - Kontraktur

| | | links | | | | rechts | | |
|--------|--|----------------|--|----------------|--|----------------|--|----------------|
| Fuß: | | Zehenstrecker | | Zehenbeuger | | Zehenstecker | | Zehenbeuger |
| USG: | | Pronatoren | | Supinatoren | | Pronatoren | | Supinatoren |
| OSG: | | Extensoren | | Flexoren | | Extensoren | | Flexoren |
| Knie: | | Extensoren | | Flexoren | | Extensoren | | Flexoren |
| Hüfte: | | Extensoren | | Flexoren | | Extensoren | | Flexoren |
| Hüfte: | | Adduktoren | | Abduktoren | | Adduktoren | | Abduktoren |
| Hüfte: | | Innenrotatoren | | Außenrotatoren | | Innenrotatoren | | Außenrotatoren |

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Wie hoch ist die tägliche Laufleistung | <input type="checkbox"/> bis 0,5 km | <input type="checkbox"/> bis 3,0 km | <input type="checkbox"/> mehr als 3,0 km |
| Kann die Orthese alleine angelegt werden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Werden Gehilfen genutzt? | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> nein | | |
| Versorgung nötig für Berufstätigkeit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Versorgung nötig für Freizeitaktivität? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Datum

Unterschrift des fachlichen Leiters

Maßblatt Orthetik untere Extremität

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

weiblich

männlich

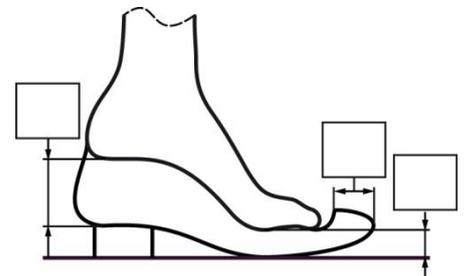
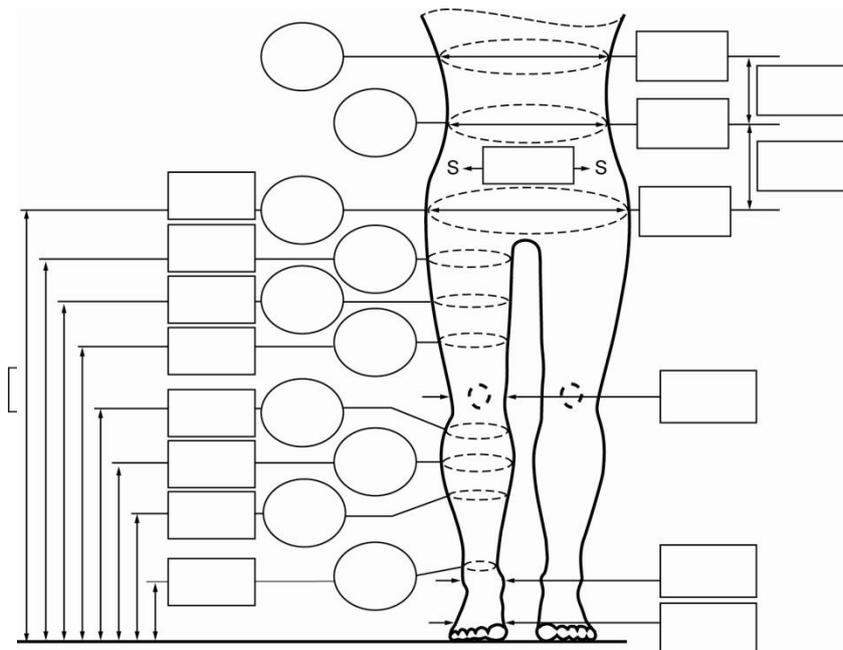
Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Seite: rechts links

Versorgungsrelevante Diagnose:

Sonstige Beschwerden:



Effektive Absatzhöhe: _____ cm

Schuhgröße: _____

Material: _____

Bemerkungen:

Maß- und Abform-Technik durch:

Datum

Unterschrift des fachlichen Leiters

Maßblatt Rumpforthesen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

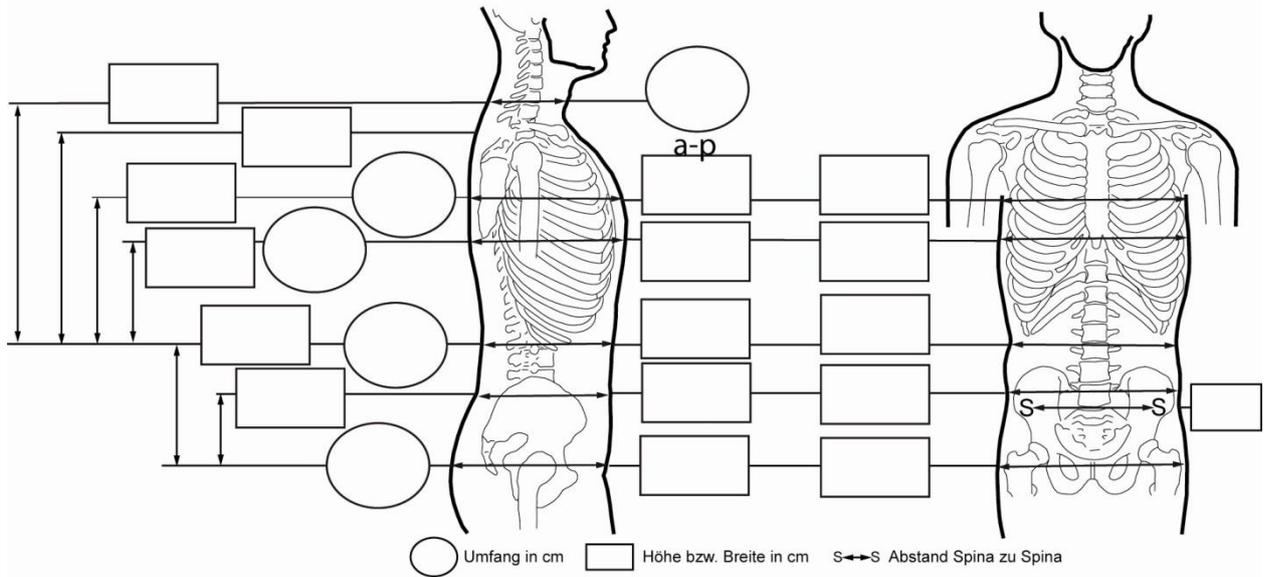
Versichertennummer: _____ weiblich männlich

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Versorgungsrelevante Diagnose:

Sonstige Beschwerden:

Überhang: _____ Schulterhochstand: _____



Sacrumgeradestand / Absatzerhöhung: _____ Beckenkämme: _____

Bemerkungen:

Maß- und Abformtechnik durch:

Datum _____ Unterschrift des fachlichen Leiters _____

Maßblatt Orthetik obere Extremität

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

weiblich

männlich

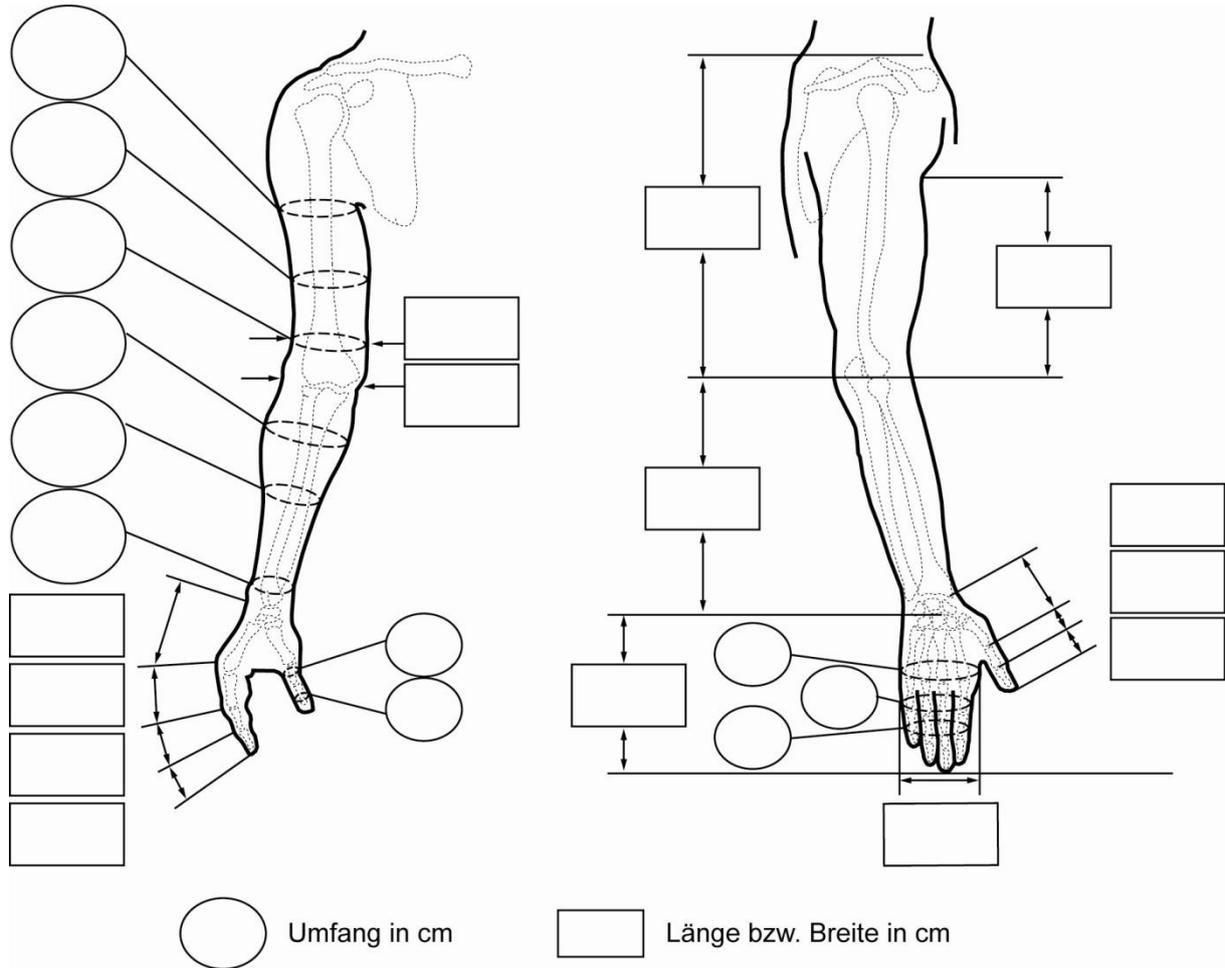
Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Seite: rechts links

Versorgungsrelevante Diagnose:

Sonstige Beschwerden:



Material: _____ Gelenke: nein ja, welche: _____

Sperrbar: ja nein

Bemerkungen:

Maß- und Abform-Technik durch:

Datum

Unterschrift des fachlichen Leiters

Bemerkungen:

Maß- und Abform-Technik durch:

Datum

Unterschrift des fachlichen Leiters