

Zustandserhebung nach transfemoraler Amputation

Name: _____

Vorname: _____

Techniker: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Amputation: rechts ☐ links ☐ Datum der Amputation: _____

Amputationsgrund: _____

Nachamputation? _____

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 ☐

- Sonstiges: Art: _____
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:

	0	1	2	3	4	5
Abduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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/ ja ☐ nein ☐

-verwachsungen	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:		

Häusliches und berufliches Umfeld:

Wohnetage: _____

Aufzug vorhanden? _____

Regelmäßige Aktivitäten mit körperlicher Beanspruchung:

(z.B. Kinder, Haushalt, Gartenarbeit, Alltag, Spazieren gehen, Haustiere, Sport..)

Familiäres Umfeld

Lebt der Kunde/Kundin allein? _____

Führt der Kunde/Kundin den Haushalt selbstständig? _____

Aktuell festgestellter Aktivitätsgrad: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

TechnikerIn: _____

Datum: _____

PatientIn: _____

Maßblatt für ramusumgreifende SchaftsystemePatientIn: _____ Geburtsdatum: _____ Seite: rechts ☐ links ☐

Patienten-/Stumpfmaße					
Flexionsfehlstellung	°		skelettales- ML		cm
Gewicht	kg		SML + 0,5-1cm=____(Ziel)	40%=	70%=
effektiver Absatz	cm		Diagonal- ML		cm
Fußlänge (im Stehen)	cm		Weichteil- ML locker		cm
Kniespalt - Boden	cm		Weichteil- ML angespannt		cm
Liner			Ramuswinkel (♂ 25-30° / ♀ 30-35°)		°
Linergröße (4cm von distal)	cm		medial- AP (M. add. longus)		cm
Tuber- Boden	cm		lateral- AP (M. rectus femoris)		cm
Stumpflänge	cm		Körpergröße		cm
Femurlänge	cm				

Höhe (ab 0-Linie)	Umfänge (am Patienten)	Reduzierung (in cm)	Zielumfang (am Gipsmodell)
2,5 cm			
5 cm			
7,5 cm			
10 cm			
12,5 cm			
15 cm			
20 cm			
25 cm			
30 cm			

Tabelle zur Reduzierung der Umfänge (Werte in cm)									
Höhe unter Tuber (ab 0-Linie)	Stumpflänge 8 - 16 cm			Stumpflänge 17 - 24 cm			Stumpflänge 25 - 35 cm		
	Weich	Mittel	Fest	Weich	Mittel	Fest	Weich	Mittel	Fest
2,5 cm	2.9	2.5	2.1	2.5	2.1	1.8	2.1	1.8	1.5
5 cm	2.5	2.1	1.8	2.1	1.8	1.5	1.8	1.5	1.2
7,5 cm	2.1	1.8	1.5	-----	-----	-----	-----	-----	-----
10 cm	1.8	1.5	1.2	1.5	1.2	0.9	1.5	1.2	0.9
12,5 cm	1.5	1.2	0.9	-----	-----	-----	-----	-----	-----
15 cm	-----	-----	-----	0.9	0.6	0.6	0.9	0.9	0.6
20 cm	-----	-----	-----	0.6	0.3	0.3	0.6	0.6	0.3
25 cm	-----	-----	-----	-----	-----	-----	0.3	0.3	0.3
30 cm	-----	-----	-----	-----	-----	-----	0.3	0.3	0.3

TechnikerIn: _____

Datum: _____