

Zustandserhebung nach transtibialer Amputation

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
 Adresse: _____
 Verordner: _____

Amputation: links / rechts Datum der Amputation: _____
 Amputationsursache: _____
 Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Allgemeiner Gesundheitszustand

- Herz, Kreislauf, Stoffwechselerkrankung: ja / nein
 Art: _____
- Varikosis: _____ ja / nein
- Durchblutungseinschränkungen: _____ ja / nein
 Sonstiges: _____
- Medikamenteneinnahme: ja / nein
 Art: _____
- Funktionseinschränkung des Rumpfes/ der oberen Extr.: ja / nein
 Art: _____
- Einschränkungen der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit ja / nein
 Art: _____
- Funktionseinschränkungen: ja / nein

Hüftgelenk			
L	Ext.- 0 -Flex: _____ / _____ / _____ Sonstiges: _____	R	Ext.- 0 -Flex: _____ / _____ / _____ Sonstiges: _____
	Muskelkraft: Extension: _____ Flexion: _____		Muskelkraft: Extension: _____ Flexion: _____

Kniegelenk			
L	Ext. - 0 - Flex: _____ / _____ / _____ Seitenbänder stabil: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Kreuzbänder stabil: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Sonstiges: _____	R	Ext. - 0 - Flex: _____ / _____ / _____ Seitenbänder stabil: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Kreuzbänder stabil: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Sonstiges: _____
	Muskelkraft: Extension: _____ Flexion: _____		Muskelkraft: Extension: _____ Flexion: _____

Oberes Sprunggelenk			
L	Plantarflexion - 0 - Dorsalextension _____ / _____ / _____ Sonstiges: _____	R	Plantarflexion - 0 - Dorsalextension _____ / _____ / _____ Sonstiges: _____
	Muskelkraft: Extension: _____ Flexion: _____		Muskelkraft: Extension: _____ Flexion: _____

Klinische Untersuchung des Stumpfes

• **Stumpflänge:** _____ cm Kurz (<1/3) Mittel (>1/3/ <2/3) Lang (>2/3)

• **Sensibilität:** gesteigert (+) unauffällig (0) geschwächt (-)
 Temperaturempfinden () Areal _____
 Berührungsempfindlichkeit () Areal _____
 Schmerzempfinden () Areal _____

Narbenverwachsungen: ja / nein
 Lokalisation: _____

Weichteilüberhänge: ja / nein
 Lokalisation: _____

• **Stumpfendbelastbarkeit:**
 Nicht kontaktfähig Kontaktfähig Belastungsfähig Tragfähig
 Bemerkungen: _____

• **Aktuell festgestellter Mobilitätsgrad:**
 0 1 2 3 4

Bemerkungen: _____

Beurteilung durch:
Name: _____ **Datum:** _____