

Funktionsuntersuchung Cx - CTÜ - G/H

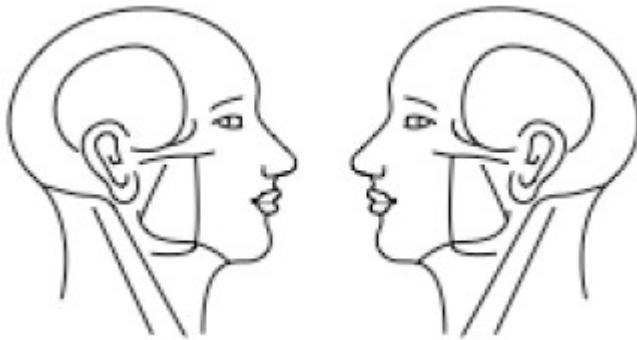
Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Verordnung: \_\_\_\_\_

Primäre Problematik: \_\_\_\_\_



Aktive Bewegungsprüfung HWS

Bewegung	Limit	R	L
Cx Flexion			
Cx LatFlex re			
Cx LatFlex li			
Cx Rot re			
Cx Rot li			
Cx Extension			

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Passive Bewegungsprüfung

Endgefühl	R	L
p/a		
a/p		
transversal re		
transversal li		
Angulation		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Gelenkpalpation

Cx Region	R	L
re-seitig		
li-seitig		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Muskelpalpation

Muskel	R	L
M. isp		
M. ssp		
Mm. pectorales - maj - min		
M. scm		
Mm. suboccipitales		
M. trapezius descendens		
M. levator scapulae		
Mm. scalenii		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

Muskelfunktionstest

Bewegungsrichtung	R	L
Elevation		
Abduktion		
Ellbogen Flexion		
Ellbogen Extension		
Faustschluss		
Finger Abd/ Add		

(0= keine Beschwerden, 1= unangenehm, 2= Schmerz)

