
Checkliste zur Prothesenversorgung, obere Extremität

Bei der Dokumentation ist grundsätzlich nach folgenden Vorgaben vorzugehen:

1. Archivierung der Verordnung
2. Archivierung des Maßblattes (bei Maßanfertigung)
3. Dokumentation des Versorgungsverlaufs (Ermittlung des Mobilitätsgrades, Zustandserhebung, Termine, Maßnahme, Anprobe, Anprobeergebnisse usw.) z. B. unter Verwendung eines
 - a. Profilerhebungsbogen
 - b. Anprobeprotokolls
 - c. Abgabeprotokolls

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Beispiel für einen Zustandserhebung (Profilhebung) Unterarmprothetik

Beurteilung durch:

Name: _____ Datum: _____

5.1 Einführendes Gespräch, Berufs- und Freizeittätigkeit

Vorgehensweise bei der Zustandserhebung erläutern (emotionale / psychische Aspekte, insbesondere bei Erstversorgungen berücksichtigen)

Stammdaten des Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Beh. Arzt: _____

Kostenträger: _____

Patient: männlich weiblich

Gewicht: _____ Größe: _____

Regionales / Soziales Umfeld

- Erledigungen des täglichen Lebens, z.B. Haushalt / Hobbys / Freizeit / Einkäufe / Körperpflege usw.

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

selbständig

mit Unterstützung

pflegebedürftig

Bemerkungen: _____

• Mobilität in Arbeit / Freizeit

zu Fuß

Auto

Fahrrad

öffentliche Verkehrsmittel sonstige _____

Besondere Vorrichtungen bzw. Beachtungen: _____

• Tätigkeiten beruflich / privat

mit oder ohne Benutzung des Hilfsmittels

Bemerkungen: _____

• Freizeitaktivitäten (Sport, Hobby), welche: _____

mit oder ohne Benutzung des Hilfsmittels

5.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

Erkrankungen / weitere Behinderungen

Herz, Kreislauf, Stoffwechselerkrankungen

welche: _____

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Funktionseinschränkungen des Rumpfes

welche: _____

Funktionseinschränkungen der unteren Extremität

welche: _____

Funktionseinschränkungen der Kontralateralseite

welche: _____

Allergien: _____

Medikamente (welche): _____

Zusätzliche Therapien: _____

Einschränkungen in der Hör-, Seh-, Sprechfähigkeit,

welche: _____

allgemeiner Eindruck (Akzeptanz der Behinderung, Einstellung zur Versorgung, Lernfähigkeit, Besonderheiten)

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

5.3 Klinische Untersuchung

• Amputationsseite: rechts links

• Rechtshänder Linkshänder

• Amputationshöhe: Handgelenksexartikulation
 Unterarmamputation
 Ellenbogenexartikulation

• Stumpflänge sehr kurz → bis 35%
 kurz → bis 50 %
 mittellang → bis 80 %
 lang → bis 100 %

• Amputationsursache: _____

•

Andere Gründe: Amelie (a)
 Phokomelie (b)
 Ektromelie (c)
 Peromelie (d)



• Amputationsart: Osteoplastik
 Myoplastik
 Lappentechnik
 Sonstige



welche: _____

- Muskelstatus: Ellenbogengelenk - Extension
 - Unterarm - Flexion
- 0 1 2 3 4 5

- Muskelstatus: Schultergelenk - Anteversion
- Schultergelenk - Retroversion
- Schultergelenk - Abduktion
- Schultergelenk - Adduktion

- 0 = keine Kontraktion
- 1 = fühlbare Kontraktion
- 2 = Bewegung ohne Einwirkung der Schwerkraft
- 3 = Bewegung gegen die Schwerkraft
- 4 = Bewegung gegen Widerstand
- 5 = normale Muskelaktivität

- Bewegungsausmaß nach SFTR-Notierung:

auf der Amputationsseite:

Unterarm: F: Pronation - 0 Supination: _____

Ellenbogengelenk: S: Extension - 0 - Flexion: _____

Schultergelenk: F: Abduktion - 0 Adduktion: _____

mit Elevation

S: Anteversion - 0 Retroversion: _____

Evtl. erhaltene Seite testen:

Handgelenk: S: Extension - 0 - Flexion: _____

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

• Volumenschwankungen (ggf. Umfangskontrolle): _____

• Unterhautgewebe: straff normal weich

• Narbeneinziehungen: nein ja

Lokalisation: _____

• Narbenverwachsungen: nein ja

Lokalisation: _____

• Hautirritationen: nein ja

Lokalisation: _____

Art: z.B. Scheuerstellen, Druckstellen _____

• Randknoten: nein ja

Lokalisation: _____

• Weichteilüberhänge: nein ja

Lokalisation: _____

Farbe: _____

Stand Januar 2011

Dieses Dokument ist Eigentum des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. und darf nur zu den in der Satzung des Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. festgelegten Zwecken verwendet werden. Insbesondere dient es der Zusammenstellung der Anforderungen für Unternehmen zur Erlangung und Aufrechterhaltung des QVH-Gütesiegels. Die Verwendung für andere Zwecke ist nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung durch den Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V. erlaubt. Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt, deshalb kann der Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V., trotz sorgfältiger Prüfung der Programm-/ der Ein- und Ausgabefunktionen, keine Garantie für Vollständigkeit und Fehlerfreiheit der Zusammenstellung übernehmen.

Ursache: _____

- Verfärbungen: nein ja

Lokalisation: _____

Art: trocken schuppig nässend

Ursache: _____

- Temperatur des Stumpfes (Vergleich kontralaterale Seite): _____

- Fisteln, Entzündungsneigungen. nein ja

Lokalisation _____

- Phantomschmerzen nein ja

wann auftretend, welcher Art _____

- Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/-in