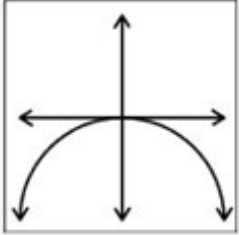
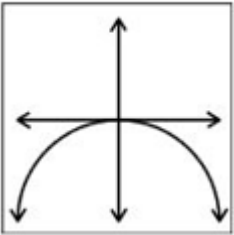
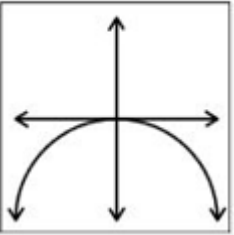


# Untersuchungsblatt Rückentage 2023

<b>1. Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	<b>Alter</b>	<b>Grösse (cm)</b>	<b>Gewicht (kg)</b>	
<b>2. Ganganalyse</b>	<b>Hinken</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Kniestellung</b> <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus	<b>Ein-/Auswärtsdrehung Füße</b> <input type="checkbox"/> Normal (bis 15° toeing out) <input type="checkbox"/> Ja, toeing in <input type="checkbox"/> Ja, toeing out	
<b>3. Inspektion Stand von vorne/hinten</b>	<b>Schulterhochstand</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, rechts	<b>Beckenhochstand</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, rechts	<b>Skoliotische Fehllhaltung</b> BWS: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, linkskonvex <input type="checkbox"/> Ja, rechtskonvex LWS: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, linkskonvex <input type="checkbox"/> Ja, rechtskonvex	
<b>4. Inspektion Stand von der Seite</b>	<b>Lot:</b> Liegen Ohr (Gehörgang), Schulter (Acromion), Trochanter maior auf Lot durch Malleolus lateralis?			
	Trochanter maior	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventral von Lot	<input type="checkbox"/> dorsal von Lot
	Ohr/Gehörgang	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventral von Lot	<input type="checkbox"/> dorsal von Lot
	Acromion	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventral von Lot	<input type="checkbox"/> dorsal von Lot
	BWS: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Flachrücken <input type="checkbox"/> Hyperkyphose LWS: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hyperlordose <input type="checkbox"/> Hypolordose			
<b>5. Forward bending/ Skoliosescreening</b>	Rippenbuckel vorhanden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, rechts Falls <b>Scoliometer</b> vorhanden: Grad: _____			
<b>6. Koordination/ Einbeinstand</b>	<b>Dominante Hand</b> (=Hand, mit welcher Kind schreibt)		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
	<b>Dominantes Bein</b> (=Bein, mit welchem Kind spontan einen Ball kickt)		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
	<b>Bester Versuch:</b>	<b>Augen offen:</b>	<b>Augen zu:</b>	
	Dominantes Bein	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)	
	Nicht-dominantes Bein	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)	
<b>7. Wirbelsäulenbeweglichkeit</b>	<b>im Stand:</b> LWS	<b>im Sitz:</b> BWS/HWS		
				
	Kreuz=Einschränkung: Kreuz aussen: leicht (1/3), Kreuz in Mitte: mittel (2/3), Kreuz innen: stark (3/3); Kreis=Schmerzen, nicht weiter quantifiziert			
<b>8. Muskellängen</b>	<b>Hamstrings: Aktiver Straight Leg Raise (Fuss in Plantarflexion, Knie in voller Extension)</b> Links: <input type="checkbox"/> <60 Grad <input type="checkbox"/> 60-90 Grad <input type="checkbox"/> >90 Grad      Rechts: <input type="checkbox"/> <60 Grad <input type="checkbox"/> 60-90 Grad <input type="checkbox"/> >90 Grad Falls <b>Goniometer</b> vorhanden: Links: _____ Grad      Rechts: _____ Grad			
<b>9. Hüftbeweglichkeit</b>	<b>Rückenlage:</b> <b>Flexion:</b> <input type="checkbox"/> ≥110 Grad beidseits <input type="checkbox"/> <110 Grad beidseits <input type="checkbox"/> <110 Grad einseitig Schmerzen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, beidseits <input type="checkbox"/> Ja, einseitig <b>Impingement Screening:</b> <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen links <input type="checkbox"/> Schmerzen rechts <input type="checkbox"/> Schmerzen beidseits			
	<b>Bauchlage: Rotationen</b> <input type="checkbox"/> Innenrotation = Aussenrotation beidseits <input type="checkbox"/> Innenrotation >> Aussenrotation einseitig <input type="checkbox"/> Innenrotation >> Aussenrotation beidseitig Schmerzen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei Innenrotation <input type="checkbox"/> Ja, bei Aussenrotation			
<b>10. Palpation</b>	LWS <input type="checkbox"/> Beweglichkeit ok <input type="checkbox"/> Hypomobil <input type="checkbox"/> Hypermobil	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen		
	BWS <input type="checkbox"/> Beweglichkeit ok <input type="checkbox"/> Hypomobil <input type="checkbox"/> Hypermobil	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen		
	HWS <input type="checkbox"/> Beweglichkeit ok <input type="checkbox"/> Hypomobil <input type="checkbox"/> Hypermobil	<input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen		
<b>11. Trunk muscle endurance</b>	<b>Plank:</b> _____ sec (max. 180 sec)			

## Empfehlung:

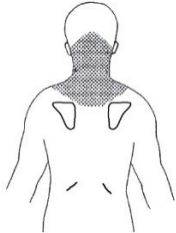


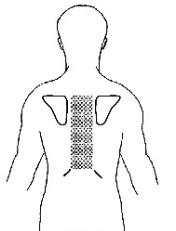


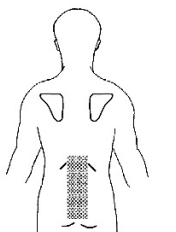


- Keine weiteren Abklärungen/Behandlungen nötig
- Spezifische Untersuchung:  Nacken  mittlerer Rücken  unterer Rücken
- Spezifische Untersuchung: \_\_\_\_\_
- mehr körperliche Aktivität

# Fragebogen

Beantworte jede Frage **mit nur einem Kreuz** (ausser die Frage 5, wo mehrere Antworten möglich sind). Wenn keine Antwort passt, kreuze die Antwort an, die am ehesten zutrifft.

An die Mädchen: Im Folgenden wird nur nach Rückenschmerzen gefragt, die nicht im Zusammenhang mit deiner Monatsblutung (Menstruation/Periode) auftreten.

Alter (Jahre): \_\_\_\_\_ Geschlecht:  Knabe  Mädchen  Divers

<b>1. Nacken</b> Dieses Bild zeigt den Nacken:  Mensch von hinten	1a. Hattest du schon Schmerzen im Nacken? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu <input type="checkbox"/> Ja, schon oft	Die folgenden Gesichter zeigen, wie stark etwas wehtun kann. Es geht von ‚keine Schmerzen‘ bis ‚sehr starke Schmerzen‘. Mach ein Kreuz (X) auf das Gesicht, das zeigt, wie stark deine Schmerzen im Nacken waren, als sie am schlimmsten waren. keine Schmerzen <span style="float: right;">sehr starke Schmerzen</span> 
	1b. Hattest du <b>in der letzten Woche</b> Schmerzen im Nacken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> Ja, jeden Tag	Mach ein Kreuz (X) auf das Gesicht, das zeigt, wie stark deine Schmerzen im Nacken waren, als sie <b>in der letzten Woche</b> am schlimmsten waren. keine Schmerzen <span style="float: right;">sehr starke Schmerzen</span> 
<b>2. Mittlerer Rücken</b> Dieses Bild zeigt den mittleren Rücken:  Mensch von hinten	2a. Hattest du schon Schmerzen im mittleren Rücken? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu <input type="checkbox"/> Ja, schon oft	Mach ein Kreuz (X) auf das Gesicht, das zeigt, wie stark deine Schmerzen im mittleren Rücken waren, als sie am schlimmsten waren. keine Schmerzen <span style="float: right;">sehr starke Schmerzen</span> 
	2b. Hattest du <b>in der letzten Woche</b> Schmerzen im mittleren Rücken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> Ja, jeden Tag	Mach ein Kreuz (X) auf das Gesicht, das zeigt, wie stark deine Schmerzen im mittleren Rücken waren, als sie <b>in der letzten Woche</b> am schlimmsten waren. keine Schmerzen <span style="float: right;">sehr starke Schmerzen</span> 
<b>3. Unterer Rücken</b> Dieses Bild zeigt den unteren Rücken:  Mensch von hinten	3a. Hattest du schon Schmerzen im unteren Rücken? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu <input type="checkbox"/> Ja, schon oft	Mach ein Kreuz (X) auf das Gesicht, das zeigt, wie stark deine Schmerzen im unteren Rücken waren, als sie am schlimmsten waren. keine Schmerzen <span style="float: right;">sehr starke Schmerzen</span> 
	3b. Hattest du <b>in der letzten Woche</b> Schmerzen im unteren Rücken? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> Ja, jeden Tag	Mach ein Kreuz (X) auf das Gesicht, das zeigt, wie stark deine Schmerzen im unteren Rücken waren, als sie <b>in der letzten Woche</b> am schlimmsten waren. keine Schmerzen <span style="float: right;">sehr starke Schmerzen</span> 
<b>4. Schule, Sport, Behandlung</b>	Bist du wegen Schmerzen im Nacken oder Rücken schon zuhause geblieben und nicht zur Schule gegangen? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu <input type="checkbox"/> Ja, schon oft Konntest du wegen Schmerzen im Nacken oder Rücken schon keinen Sport treiben? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu <input type="checkbox"/> Ja, schon oft Warst du wegen Schmerzen im Nacken oder Rücken schon beim Arzt, Chiropraktor oder Physiotherapeuten? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu <input type="checkbox"/> Ja, schon oft	
<b>5. Andere Schmerzen</b>	Hattest du in der letzten Woche Schmerzen in den folgenden Körperregionen (mehrere Antworten möglich)? <input type="checkbox"/> Nein, keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Ja, Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Ja, Bauchschmerzen (abgesehen von Menstruationsbeschwerden) <input type="checkbox"/> Ja, Armschmerzen (Schulter, Ellbogen, Hand) <input type="checkbox"/> Ja, Beinschmerzen (Oberschenkel, Knie, Fuss/Knöchel) <input type="checkbox"/> Ja, Schmerzen an einem anderen Ort: _____ (Ort angeben, wo du Schmerzen hattest)	
<b>6. Schlaf</b>	Hattest du in der letzten Woche Mühe beim Einschlafen oder bist du häufig in der Nacht erwacht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> Ja, jede Nacht Hast du dich in der letzten Woche während des Tages schläfrig gefühlt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein- oder zweimal <input type="checkbox"/> Ja, ab und zu (mehrmals pro Woche) <input type="checkbox"/> Ja, jeden Tag	
<b>7. Allgemeine Gesundheit</b>	Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben? <input type="checkbox"/> Ausgezeichnet <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Schlecht Denkst du, dass deine Gesundheit ohne Nacken- oder Rückenschmerzen besser wäre? <input type="checkbox"/> Nein, denn ich habe keine Nacken-/Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Nein, denn die Nacken-/Rückenschmerzen haben keinen Einfluss auf meine Gesundheit <input type="checkbox"/> Ja, ohne Nacken-/Rückenschmerzen wäre meine Gesundheit deutlich besser <input type="checkbox"/> Ja, ohne Nacken-/Rückenschmerzen wäre meine Gesundheit ein bisschen besser	