



PH - Postoperativer Informationsbogen zur Nachbehandlung

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____

OP: _____ OP-Datum: _____

OP-Bericht beigelegt

Diagnose: _____

Nebendiagnosen: (Herz, Lunge...) _____

Metallimplantate: _____

Besondere Einschränkungen: (z.B. Osteopenie, Arthrodesen etc....)

Besonderheiten Narbe / Fadenzug: _____

Röntgenkontrolle: _____

Wiedervorstellung /Rücksprache am: _____

GMFCS

Stufe 1

Gehen ohne Einschränkung,
Einschränkung der höheren
motorischen Fähigkeiten

Stufe 2

Freies Gehen ohne Gehhilfen;
Einschränkungen beim Gehen
außerhalb der Wohnung und
auf der Straße

Stufe 3

Gehen mit Gehhilfen;
Einschränkung beim Gehen
Außerhalb der Wohnung und
auf der Straße

Stufe 4

Selbstständige Fortbewegung
eingeschränkt; Kinder werden
geschoben oder benutzen E-
Rollstuhl für draußen

Stufe 5

Selbstständige Fortbewegung
selbst mit elektrischen Hilfs-
mitteln stark eingeschränkt

präoperativ möglich:

freier Sitz freier Stand Gehen mit _____

Belastung

lagerungsstabil übungsstabil belastungsstabil

Teilbelastung: _____ kg ab: _____ bis: _____

freigegebener Bewegungsumfang:

Gelenk	Bewegung	max. bis:

Hilfsmittel	<i>vorhanden</i>	<i>leihweise angedacht</i>	<i>Versorgung für zu Hause (bereits angefordert? Wer, Wo?)</i>
Rollstuhl (<i>Aktiv-</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anterior / Posterior-Walker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehtrainer/-wagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerungsschienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>sonstiges:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlungsziel / Fernziel:

Kontraindikationen / CAVE:
(MRSA, Dekubitus..)

Weiteres:

erfolgte Physikalische Vorbehandlung:

Kurzbericht beigelegt

Name (in Druckbuchstaben):

*Stempel/
Kontakt für Rückfragen*

Datum, Unterschrift