



## 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:

<b>Hilfsmittel</b>	<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

*Stempel/  
Kontakt für Rückfragen*

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift*