

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Persönliche Daten	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

**PHYSIOTHERAPEUTISCHES ASSESSMENT
BEI
MUKOVISZIDOSE**

Geschlecht: weiblich männlich

Adresse: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Größe: ____,____ m Gewicht: ____ kg BMI: ____ kg / m²

Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit ____ Std. berentet

Hobbies/Sport: _____ / Woche

Geschwister/Eltern: _____ CF-betroffen ? ja nein

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder keine 1. _____ 2. _____

häusliche Situation: alleine wohnend mit Kind(ern) mit Partner und Kind(ern)
 mit Partner bei den Eltern bei _____

Mobilität Auto Selbstfahrer Auto Mitfahrer Motorrad/Roller
 Fahrrad Bus / Bahn Taxi

Hilfsmittel zur Fortbewegung mit Hilfe Stock Rollator
 Rollstuhl _____

Ärzte/Therapeuten	Name	Adresse
Haus-, Kinderarzt		
Facharzt		
Ambulanz		
Physiotherapie		

Weiteres therapeutisches Umfeld*: _____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Anamnese	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Erstdiagnose wann / wo?: _____

Lungenbefunde, seit wann: _____

LuFu vom _____ FEV₁: ____ % Soll

Monitoring Hf ____ /Min sO₂ ____ %

LTx gelistet nein ja, seit _____ in _____ Status: _____

Z.n. LTx? nein ja, am _____ in _____

letzter KH-Aufenthalt: _____ Klinik: _____

letzter Reha-Aufenthalt: _____ Klinik: _____

Weitere Befunde

Diabetes mellitus Pankreasinsuffizienz Oesophagusvarizen

Z.n. Ileus Z.n. DIOS Durchfälle

Obstipation Asthma bronchiale Z.n. Pneumothorax

pulmonale Hypertonie Hämoptysen Hämoptoe

Osteoporose NNH-Polypen chron. Sinusitis

Rauchen / Drogen Allergien: _____

Operationen: _____ _____

Keimbeseidlung

keine Letzter Abstrich/Sputumkontrolle: _____

Pseudomonas a. Staphylococcus aureus Stenotrophomonas maltophilia

MRSA / ORSA Burkholderia _____ Mykobakterien

ESBL multiresistenter Pseudomonas

ABPA Pilze: _____ _____

Therapie

Nasenspülung ____ x / Tag NaCl-Konz.: _____

Physiotherapie ____ x / Woche Therapieform: _____

Eigenübungen ____ x / Woche Was: _____

Inhalation ____ x / Tag

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Anamnese	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Orale Medikamente	Dosis

i.V.-Medikamente	Dosis

Inhalative Medikamente	Feuchth., MDI*,DPI*	wie oft pro Tag	Mischung mit

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Erster Eindruck / Inspektion	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

AZ	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> stark reduziert
EZ	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch
		<input type="checkbox"/> übergewichtig	<input type="checkbox"/> adipös

Haut allgemein	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> marmoriert	<input type="checkbox"/> zyanotisch	<input type="checkbox"/> gerötet	<input type="checkbox"/> dystroph
	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> schwitzig	<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> schuppig	<input type="checkbox"/> ödematös
					<input type="checkbox"/> _____	
Gesicht	<input type="checkbox"/> entspannt	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> angespannt	<input type="checkbox"/> gequält	<input type="checkbox"/> Lippen zyanotisch	<input type="checkbox"/> Mund-Nase-Dreieck
	<input type="checkbox"/> Halsvenenstau		<input type="checkbox"/> _____			
Extremitäten	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ödematös	<input type="checkbox"/> dystroph	<input type="checkbox"/> Trommelschlegelfinger	<input type="checkbox"/> Uhrglasnägel	<input type="checkbox"/> _____
Muskelrelief	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> untrainiert	<input type="checkbox"/> trainiert	<input type="checkbox"/> hypotroph	<input type="checkbox"/> hypertroph	

Verhalten	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> hektisch	<input type="checkbox"/> zappelig
	<input type="checkbox"/> lässt sich schnell ablenken	<input type="checkbox"/> unkonzentriert/abgelenkt	<input type="checkbox"/> motiviert	<input type="checkbox"/> gleichgültig
			<input type="checkbox"/> _____	

Besondere Auffälligkeiten:	_____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Atembefund	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Atemmodalitäten bitte in diesen Feldern quantifizieren, z.B. von + bis + + + und von – bis - - -.

oder

ASTE: _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe
Lagerung*: _____	<input type="checkbox"/> unter Belastung*: _____

Aktuelle körperl. Belastung (mod. Borg) <input type="text"/>	Aktuelle Atemnot (mod. Borg) <input type="text"/>
--	---

Thoraxform	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Fassthorax	<input type="checkbox"/> Glockenthorax	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Trichterbrust	<input type="checkbox"/> Kielbrust	<input type="checkbox"/> birnenförmiger Thorax	
Atemqualität	<input type="checkbox"/> unauffällig			
	<input type="checkbox"/> Nasenflügelatmung	<input type="checkbox"/> Lippenbremse	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	
	<input type="checkbox"/> anstoßende AA	<input type="checkbox"/> _____		
Atemgeräusche	bei Inspiration	<input type="checkbox"/> Giemen	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Rasseln	<input type="checkbox"/> Brummen	
	bei Expiration	<input type="checkbox"/> Giemen	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Rasseln	<input type="checkbox"/> Brummen	
Atemweg	<input type="checkbox"/> Nase / Nase	<input type="checkbox"/> Nase / Mund	<input type="checkbox"/> Mund / Mund	
Atemtyp/ -richtung	<input type="checkbox"/> sternal	<input type="checkbox"/> costosternal	<input type="checkbox"/> costolateral	
	<input type="checkbox"/> abdominal ventral	<input type="checkbox"/> abdominal lateral	<input type="checkbox"/> dorsal	
	<input type="checkbox"/> Vollatmung*	<input type="checkbox"/> paradox*	<input type="checkbox"/> resp. Alternanz*	
	<input type="checkbox"/> _____			
Atembewegung	<input type="checkbox"/> symmetrisch	<input type="checkbox"/> Nachschleppen der:	<input type="checkbox"/> linken	<input type="checkbox"/> rechten Seite
Atemlage	<input type="checkbox"/> physiologisch	<input type="checkbox"/> inspiratorisch	<input type="checkbox"/> expiratorisch	<input type="text"/>
Atemfrequenz*:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Bradypnoe	<input type="text"/>
Atempausen	<input type="checkbox"/> endinspiratorisch	<input type="checkbox"/> endexpiratorisch		
Einziehungen	<input type="checkbox"/> jugular	<input type="checkbox"/> costal _____		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> _____			

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Atembefund	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Atemhilfsmuskeleinsatz	Inspiration*	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="text"/>

	Expiration*	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="text"/>

Stimme	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> nasal	<input type="checkbox"/> heiser	
	<input type="checkbox"/> gepresst	<input type="checkbox"/> monoton	<input type="checkbox"/> belegt	
Sprache	<input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> langsam	<input type="checkbox"/> deutlich	
	<input type="checkbox"/> abgehackt	<input type="checkbox"/> schnell	<input type="checkbox"/> undeutlich	
	<input type="checkbox"/> mit Räuspfern			
Ergänzungen:	_____			

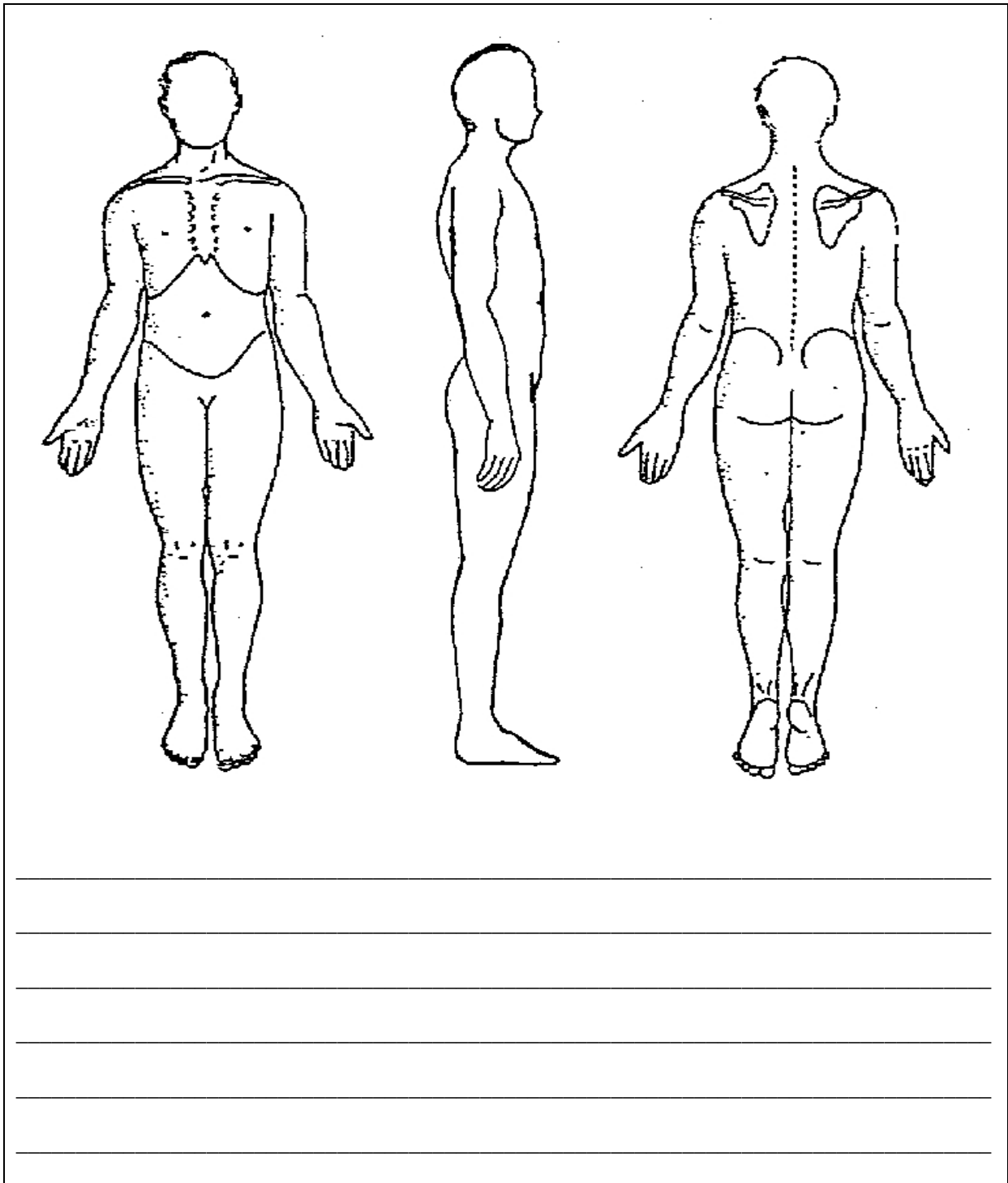
Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Husten / Sputum	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Husten			
Wann	<input type="checkbox"/> in Ruhe	<input type="checkbox"/> bei Sekretbelastung	
	<input type="checkbox"/> in Bewegung	<input type="checkbox"/> beim Sport: _____	
	<input type="checkbox"/> bei Streß	<input type="checkbox"/> bei Aufregung	
	<input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Trinken
	<input type="checkbox"/> beim Inhalieren	<input type="checkbox"/> Reizhusten	
	<input type="checkbox"/> _____		
Wieviel	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> mehrere „Huster“	<input type="checkbox"/> Hustenattacke
Wie	<input type="checkbox"/> produktiv	<input type="checkbox"/> unproduktiv	<input type="checkbox"/> Reizhusten
	<input type="checkbox"/> Räuspern		

Sputum					
Farbe:	<input type="checkbox"/> weiß	<input type="checkbox"/> gelb	<input type="checkbox"/> grün	<input type="checkbox"/> braun	<input type="checkbox"/> grau
	<input type="checkbox"/> schwarz	<input type="checkbox"/> rot			
Konsistenz:	<input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> zäh	<input type="checkbox"/> klumpig	<input type="checkbox"/> schaumig	<input type="checkbox"/> klebrig
Menge:	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> viel		
Blut	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> altes Blut	<input type="checkbox"/> frisches Blut		
Menge		<input type="checkbox"/> Teelöffel	<input type="checkbox"/> Esslöffel	<input type="checkbox"/> Becher	
		<input type="checkbox"/> bodenbedeckend	<input type="checkbox"/> _____		

Ergänzungen: _____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Körperskizze	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:




Legende

Haltungsstatus: einzeichnen

Narben: Lage und Länge einzeichnen +++++

Faszienverklebungen: o o o o o o

Schmerzen:  evt. mit Schmerzskala 0 – 10

Muskelverspannungen: +, ++, +++

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Belastbarkeit	
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

MRC-Dyspnoeskala
<input type="checkbox"/> 0 nie Atemnot, außer bei starker Anstrengung
<input type="checkbox"/> 1 Atemnot beim schnellen Gehen, Treppensteigen oder Bergaufgehen
<input type="checkbox"/> 2 Atemnot beim Gehen in der Ebene
<input type="checkbox"/> 3 Pat. muß nach 100 m wegen Atemnot anhalten
<input type="checkbox"/> 4 Atemnot beim An- und Ausziehen; zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen

Allgemeine körperliche Aktivität: Klassifikation nach mod. BORG

	mod. Borg Belastung	mod. Borg Atemnot
_____ Etagen Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ m regelmäßige Gehstrecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ km Fahrradfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulsport: nein, Begründung: _____
 ja: uneingeschränkt mit Einschränkung: _____

Sport: nein, Begründung: _____
 ja Sportart: _____
Dauer: _____ x/ Woche
Bei Mannschaftssportart: Position: _____

Rehasport: nein
 ja, _____ x / Woche

Andere Angebote: nein, Begründung: _____
 ja: uneingeschränkt mit Einschränkung: _____

Ergänzungen: _____

6-Minuten-Gehtest

Therapeut: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht M W Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Diagnose: _____

Eingenommene Medikamente vor dem Test (incl. Dosis/Zeit): _____

O ₂ -Gabe	Zeitpunkt	SaO ₂	Puls	Blutdruck	mod. Borg Belastung	mod. Borg Atemnot
____ 1	vor Beginn			/		
____ 1	nach 2 Min.			----		
____ 1	nach 4 Min.			----		
____ 1	Ende			/		
____ 1	3 Min. nach Ende			/		

Pausen: nein ja, Grund: _____

Abbruch: nein ja, nach _____ Min.

Grund des Abbruchs: Atemnot Schmerzen _____

Schwindel sO₂ <90%

Rundenzähler: _____ Rundenzähler: _____ Rundenlänge: _____ m

Runden _____ (x _____ m) + Teilstrecke der letzten Runde _____ m =

_____ m Gesamtstrecke

Bemerkungen:

Modifizierte Borg-Skala Belastung* / Atemnot		
0		Keine
0,5		Sehr sehr leichte
1		Sehr leichte
2		Leichte
3		Mäßige
4		Etwas schwere
5		Mittel schwere
6		Schwere
7		Sehr schwere
8		Sehr sehr schwere
9		Fast maximale
10		Maximale

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Zusammenfassung Beurteilung	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Hauptproblem (aus Sicht des Patienten):

Hauptproblem aus Sicht der Eltern / Bezugspersonen / therapeut. Umfeld:

Klinische Problematik und Hauptproblem, wesentliche Befundpunkte (aus Sicht des Therapeuten):

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Zusammenfassung Beurteilung	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Gemeinsame Einschätzung in Bezug auf Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Partizipation:

Umweltfaktoren:

Barrierefaktoren

Förderfaktoren

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Personenbezogene Faktoren:

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Ziele	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Zielformulierung durch den Patienten:

Erwartungen des Patienten an die Physiotherapie:

Zielformulierung durch die Eltern / Bezugspersonen / therapeut. Umfeld:

Erwartungen der Eltern / Bezugspersonen / therapeut. Umfeld an die Physiotherapie:

Zielformulierung durch den Therapeuten:

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		Ziele	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Gemeinsame Zielformulierung:

- Schwerpunkte:
- Verbessern / Erhalten der Belüftung
 - Verbessern / Erhalten der Thoraxbeweglichkeit
 - Verbesserung des Sekrettransportes
 - Verbesserung der kardio-pulmonalen Belastbarkeit
 - Verbesserung / Erhalten der ADL
 - Verbesserung der Haltung
 - Verbesserung / Erhalten der Körperwahrnehmung / Atemwahrnehmung
 - Schmerzlinderung
 - _____
 - _____

Adherence des Patienten: _____

Adherence des therapeutischen Umfelds: _____

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		CFQ	Seite 1
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

Ausgewählte Fragen des CFQ

- A. Respiratorische Symptome**
- B. Therapiebelastung**
- C. Energie**
- D. Wohlbefinden**
- E. Subjektive Gesundheitseinschätzung**

A. Symptomfragen (respiratorische Symptome)

1. Hatten Sie verschleimte Atemwege? ^(r)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

2. Haben Sie tagsüber gehustet?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

3. Hatten Sie Auswurf?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> mäßig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |

4. Traten bei der Atmung Pfeifgeräusche auf?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> oft |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		CFQ	Seite 2
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

5. Hatten Sie Schwierigkeiten bei der Atmung?

- täglich oft
 manchmal nie

6. Sind Sie wegen des Hustens nachts aufgewacht?

- täglich oft
 manchmal nie

B. Fragen zur Therapiebelastung

7. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre tägliche Therapie (einschließlich Inhalieren und Physiotherapie) belastet? ^(r)

- überhaupt nicht / ein wenig mäßig
 stark sehr stark

8. Wie viel Zeit wenden Sie zur Zeit täglich für Ihre Therapie auf?

- sehr viel mäßig viel
 etwas sehr wenig

9. Wie schwierig ist es für Sie, die tägliche Therapie (inklusive der Medikamenteneinnahme) durchzuführen? ^(r)

- gar nicht schwierig ein bißchen schwierig
 ziemlich schwierig sehr schwierig

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		CFQ	Seite 3
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

C. Fragen zur Energie

10. Sie haben sich in guter Verfassung gefühlt ^(r)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> nie |

11. Sie haben sich müde gefühlt ^(r)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> nie |

12. Sie haben sich voller Energie gefühlt ^(r)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> nie |

13. Sie haben sich erschöpft gefühlt

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> manchmal |
| <input type="checkbox"/> Oft | <input type="checkbox"/> nie |

D. Fragen zum Wohlbefinden

14. Wie schwierig war es für Sie?

a. größere körperliche Anstrengungen wie z.B. Rennen oder Sport zu unternehmen ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr schwierig | <input type="checkbox"/> ziemlich schwierig |
| <input type="checkbox"/> ein wenig schwierig | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht schwierig |

Physiotherapeutisches Assessment bei Mukoviszidose 14 J. + / Erwachsene		CFQ	Seite 5
Patient:	Geburtsdatum.:	Untersucher:	Befunddatum:

**16. Nach einer körperlichen Anstrengung
erhole ich mich nur schwer**

- stimmt genau stimmt eher
 stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht

**17. Ich muss größere körperliche Anstrengungen wie Rennen und
Sporttreiben einschränken**

- stimmt genau stimmt eher
 stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht

E. Fragen zur subjektiven Gesundheitseinschätzung

18. Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?^(r)

- sehr gut eher gut
 eher schlecht sehr schlecht

**19. Ich fühle mich körperlich wohl und habe den Eindruck, nicht krank zu
sein^(r)**

- stimmt genau stimmt eher
 stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht

20. Ich lebe ein normales Leben^(r)

- stimmt genau stimmt e
 stimmt eher nicht stimmt überhaupt nicht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!