

# Physiotherapeutischer Erstbefund bei CF (Praxis)

Patient:in	Geburtsdatum	Untersucher:in	Befunddatum

## ICF-KONTEXTFAKTOREN

Wohnort: \_\_\_\_\_

wohnend bei:  Eltern  Mutter  Vater  Partner  alleine  bei \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ CF-betroffen?  ja  nein

Kindergarten/Schule/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Beruf:  Vollzeit  Teilzeit \_\_\_\_\_ Std.  arbeitssuchend  berentet

Hobbies: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Erstdiagnose wann / wodurch: \_\_\_\_\_

Lungenfunktion vom \_\_\_\_\_ FEV<sub>1</sub>: \_\_\_\_\_ % Soll MEF 25: \_\_\_\_\_ % Soll

RV% \_\_\_\_\_ TLC% \_\_\_\_\_ FVC% \_\_\_\_\_

Tiffeneau-Index  $FEV_1 / FVC$  \_\_\_\_\_

Weitere Befunde (Röntgen, CT, MRT, LCI): \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

letzter stationärer KH-Aufenthalt: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

letzte IV-Therapie  wann: \_\_\_\_\_  stationär  Heim-IV Dauer: \_\_\_\_\_

Genmodulatoren:  nein  ja  Kalydeco  Orkambi  Symkevi  Kaftrio

**Weitere Befunde / anamnestische Angaben**

<input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Obstipation/Diarrhoe <input type="checkbox"/> Z. n. Mekonium Ileus <input type="checkbox"/> Z. n. DIOS <input type="checkbox"/> G.Ö.R. <input type="checkbox"/> Ösophagusvarizen	<input type="checkbox"/> NNH-Polypen <input type="checkbox"/> chron. Sinusitis <input type="checkbox"/> Allergien: <hr/> <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PORT	<input type="checkbox"/> Atelektasen/Überblähung <input type="checkbox"/> Bronchiektasen <input type="checkbox"/> Emphysem/Bullae <input type="checkbox"/> Z. n. Pneumothorax <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Raucher im fam. Umfeld <input type="checkbox"/> Sonstiges: <hr/>
Transplantation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eventuell	<input type="checkbox"/> TX gelistet Organ: _____

**Besiedelung**

<b>Bakterien:</b> <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Pseudomonas a. <input type="checkbox"/> Hämophilus influenzae <input type="checkbox"/> Burkholderia <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> 3 / 4 MRGN pseudomonas aeruginosa <input type="checkbox"/> Mykobakterien (acromobacter/abszessus) <input type="checkbox"/> sonstige: <hr/>	<input type="checkbox"/> Stenotrophomonas maltophilia  <b>Pilze:</b> <input type="checkbox"/> Aspergillus <input type="checkbox"/> Candida a.
---	--	---

**KÖRPERSTRUKTUR / KÖRPERFUNKTION (ICF)****Allgemeinbefund**

<b>AZ</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> stark reduziert <b>EZ</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> übergewichtig <input type="checkbox"/> adipös
<b>Haut</b> <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"/> _____
<b>Gesicht</b> <input type="checkbox"/> entspannt <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> angespannt <input type="checkbox"/> gequält <input type="checkbox"/> Lippen zyanotisch <input type="checkbox"/> Halsvenenstau <input type="checkbox"/> Mund-Nasen-Dreieck <input type="checkbox"/> _____
<b>Extremitäten</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> dystroph <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> Trommelschlegelfinger <input type="checkbox"/> Uhrglasnägel <input type="checkbox"/> Gelenke unauffällig <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung <input type="checkbox"/> welche: _____
<b>Muskelrelief</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trainiert <input type="checkbox"/> untrainiert <input type="checkbox"/> hypotroph <input type="checkbox"/> hypertroph
<b>Verhalten</b> <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"/> motiviert <input type="checkbox"/> gleichgültig <input type="checkbox"/> unkonzentriert
<b>Stimme</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> heiser <input type="checkbox"/> belegt <input type="checkbox"/> gepresst <input type="checkbox"/> monoton <input type="checkbox"/> leise
<b>Sprache</b> <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> abgehackt <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> mit räuspfern <input type="checkbox"/> Sprechpausen Sprechdauer: <input type="checkbox"/> verkürzt <input type="checkbox"/> normal

**Husten**

**Wann**  in Ruhe  in Bewegung (Alltag)  bei sportl. Aktivitäten  
 bei Stress/Aufregung  beim/nach dem Inhalieren  bei AD  nachts  
 im Infekt  \_\_\_\_\_

**Wieviel**  kurz  mehrere „Huster“  Hustenattacke(n)

**Wie**  produktiv/effektiv  unproduktiv  Reizhusten  Räuspern

**Beckenbodeninsuffizienz:** ja  nein

**Sputum**

**Farbe**  weiß  gelb  grün  braun  rötlich  \_\_\_\_\_

**Konsistenz**  flüssig  zäh  klumpig  schaumig  klebrig  \_\_\_\_\_

**Menge**  wenig  Teelöffel  Esslöffel

**Blutbeimengung**  nein  ja:  altes Blut  frisches Blut

**Körperlicher Sichtbefund im Stand**

**Thoraxform**  unauffällig  
   Inspirationsstellung  
   Fassthorax    Glockenthorax    Trichterbrust

**Asymmetrien** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Durchmesser**  
 Sagittale Ebene  normal    vergrößert    verkleinert  
 Frontale Ebene  normal    vergrößert    verkleinert

**Epigastrischer Winkel**  physiologisch (ca. 90°)    vergrößert    verkleinert

**Einziehungen**  jugular  costal  \_\_\_\_\_

**Haltung:**

**Atembefund in**  RL  Stand

**Atemtyp/-richtung**  craniosternal  costolateral  
 abdominal ventral  abdominal lateral  dorsal  
 paradox  Zwerchfell-Thoraxwand-Antagonismus

**Atemweg**  Nase/Nase  Nase/Mund  Mund/Mund

**Atembewegung**  symmetrisch  Nachschleppen der:  linken  rechten Seite

**Atemgeräusche:**  knistern  giemen  pfeifen  brummen  rasseln

**Atemlage**  physiologisch  inspiratorisch  expiratorisch

**Atemfrequenz in Ruhe (AZ/Min.):** \_\_\_\_\_  unauffällig  Tachypnoe

**Atemhilfsmuskeleinsatz:** Insp.  nein  ja

welche, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Atemhilfsmuskeleinsatz:** Exsp.  nein  ja

welche, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Beweglichkeit/Dehnfähigkeit**

Schulter-Nackengebiet/Obere Extremität:

WS/Rumpf:

Untere Extremität:

**Dyspnoe (MMRC\* Skala)**

- 0 – nie Atemnot, außer bei starker Anstrengung
- 1 – Atemnot beim schnellen Gehen, Treppensteigen oder Bergaufgehen
- 2 – Atemnot beim Gehen in der Ebene
- 3 – Pat. muss nach 100 m wegen Atemnot anhalten
- 4 – Atemnot beim An- und Ausziehen; zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen

\* Modified Medical Research Council

**Inhalation**

## 1. pulmonal

Inhalat	Form (DPI, MDI oder NEB)	Häufigkeit	Gerät

## 2. nasal

Inhalat	Häufigkeit	Gerät

## GERÄTE UND METHODEN

**Geräte-Hygiene:**  Entsprechend der Vorgaben  Schulungsbedarf

### Basistechniken:

**Inhalationstechnik:**  bekannt  effektiv  optimierungsbedürftig

Ausgangsstellung bei Inhalation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zusätzlich bei der Inhalation eingesetzte Atemtechniken:** (ggf. vertiefend: „Checklisten für die richtige Inhalationstechnik“ siehe Link) [www.atemwegsliga.de/checklisten.html](http://www.atemwegsliga.de/checklisten.html)

### **Reinigung der oberen Atemwege:**

Methode: \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_  Schulungsbedarf

**Autogene Drainage / mAD:**  bekannt  unbekannt  optimierungsbedürftig

### **Therapeutische Körperstellungen**

bekannt welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

unbekannt  optimierungsbedürftig

## ASSESSMENTS

1. **Sit to Stand Test (30 sek.):** Anzahl der Stand Ups: \_\_\_\_\_

2. **6 Min. Gehstest**

**Physiotherapie**

Bisherige Therapiefrequenz \_\_\_\_\_ x/Woche

Inhalte:

---



---



---



---

Eigenübungen \_\_\_\_\_ x / Woche

Welche:

---



---

**Sport**

Sport / Schulsport  uneingeschränkt  mit Einschränkung:

---

Sportart:

---



---

Frequenz / Stunden pro Woche: \_\_\_\_\_

macht keinen Sport

**Hilfsmittel / Therapiematerial**

Flutter/Pari O-PEP/Gelomuc, etc.  Cornet  Cornet plus  Nasen-Cornet

PEP  PEP S

sonstige Stenosen: \_\_\_\_\_

---

Pustespiele: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Simeox

Thoraxband:  weiß  blau  grün-weiß

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sauerstoffbedarf**

LTOT	l/min:	Nächtlich/h:	Täglich/h:
------	--------	--------------	------------

**Atemunterstützung**

NIV ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nächtlich/h:	Täglich/h:	Modus:
--	--------------	------------	--------

**Monitoring**

ja  nein

**Fingerpulsoxymetrie**

ja  nein

**ZUSAMMENFASSUNG**

(Weitere ICF-Faktoren z.B.: psychosoziale Faktoren, hemmende/unterstützende Faktoren, Partizipation/Teilhabe)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Zielformulierung der Patient:innen**

Erwartungen an die Physiotherapie (Patient:in/Eltern/Therapeut:in/Umfeld)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gemeinsame Zielformulierung Patient:in/Therapeut:in**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Folgebefund geplant am \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Handzeichen**