

Patient:
Lähmungshöhe:
Datum:
EG Flex Kraftgrad 0-2

HG Ex	0-2								3-5							
MCP Ex	0-2				3-5				0-2				3-5			
PIP Flex	0-2		3-5		0-2		3-5		0-2		3-5		0-2		3-5	
MCP Flex + PIP Ex	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
Schiene	IP	IP	IP	IP	IP	P	IP	HO	P	P	IP	IP	IP	P	IP	-

EG Flex Kraftgrad 3-5

HG Ex	0-2								3-5							
MCP Ex	0-2				3-5				0-2				3-5			
PIP Flex	0-2		3-5		0-2		3-5		0-2		3-5		0-2		3-5	
MCP Flex + PIP Ex	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
Schiene	P	P	IP	IP	IP	P	IP	HO	P	P	IP	IP	IP	P	IP	-

Besonderheiten:

- hoher Tonus Beugespastik Streckspastik
 Ödeme Narben vorbestehende Kontrakturen Amputationen

Schienversorgung:

- getestete Schiene andere Schiene _____ keine Schiene
 gebaut am _____ von _____

- Ziel: Passive Funktionshand** links rechts
Aktive Funktionshand links rechts
Kontrakturprophylaxe links rechts

Bitte getestete Werte mit R (rechts) und L (links) kennzeichnen.

 Abkürzungen: **IP** – Intrinsic-Plus-Schiene **P** – Palmarschiene **HO** – Handgelenksorthese

Tester:

Verlauf

Datum	Kürzel	Beschreibung <i>(Änderungen der Muskelfunktionswerte, Komplikationen, Compliance etc. ...)</i>	Konsequenz <i>(Änderung der Schiene, Vorstellung in ET-Visite, etc. ...)</i>