

# Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Armprothesen

## 1. Personendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Betroffene Seite:  links  rechts  Linkshänder  Rechtshänder

Erstversorgung:  ja Folgeversorgung:  ja

Mobilität:  Gehen/Laufen  ÖPNV  PKW  Sonstiges (z.B. Fahrrad)

Erledigungen des täglichen  selbständig  mit Hilfsmittel  mit Unterstützung  nicht selbständig

Lebens (Haushalt, Einkäufe,  
Hobbys, Körperpflege, usw.):

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit:  ja  mit Hilfsmittel  nein

Wenn ja, welche  
Berufsbezeichnung?

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

Angaben zu den Aktivitäten im Alltag (Familie, Beruf, Sport, Hobbys): \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Schädigungsbild

### 2.1. Allgemeine Angaben

Schädigungsbild:  Amputation, Datum: \_\_\_\_\_  Angeborene Fehlbildung: \_\_\_\_\_

Amputationsursache: \_\_\_\_\_

Nachamputation:  ja, Datum: \_\_\_\_\_  nein

Vorversorgung:  Erstversorgung, Datum: \_\_\_\_\_  Letzte Versorgung, Datum: \_\_\_\_\_

Rehabilitationsmaßnahme erfolgt:  ja, Datum: \_\_\_\_\_  nein

In physiotherapeutischer Behandlung:  ja, Frequenz: \_\_\_\_\_ (Std./Woche)  nein

## 2.2. Klinische Daten

**Amputations-/Fehlbildungsniveau** (mit Bilddokumentation):
  Finger/Daumen
  Handgelenk
  Oberarm  
 Teilhand
  Unterarm
  Schultergelenk/  
 Transcarpal/ Carpal
  Ellenbogengelenk
  Interthorakoscapulär

**Stumpf-/Fehlbildungsniveau:**
 ultrakurz: \_\_\_ cm
  kurz: \_\_\_ cm
  mittellang: \_\_\_ cm
  lang: \_\_\_ cm

(ultrakurz= weniger als 50% des proximalen Drittels UA/OA; kurz=proximales Drittel UA/OA; mittellang= mittleres Drittel UA/OA; lang= distales Drittel UA/OA)

**Phantomschmerz:**  ja  nein Wenn ja, wann und in welcher Art? \_\_\_\_\_

## 2.3. Versorgungsrelevante Erkrankungen, Behinderungen und Therapien:

**Liegen versorgungsrelevante Einschränkungen des betroffenen Arms vor?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Liegen allgemeine Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Tragen der Prothese vor** (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Infektionen u.ä.)?
  ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Liegen Hauterkrankungen vor?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Liegen Funktionseinschränkungen des Rumpfes, der unteren Extremität oder der kontralateralen Seite vor?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Liegen Funktionseinschränkungen der Hör-/Seh-/Sprachfähigkeit vor?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Werden versorgungsrelevante Medikamente eingenommen?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Werden versorgungsrelevante Therapien durchgeführt?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

**Sind Materialallergien bekannt?**
 ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

Sind Implantate/ Endoprothesen am betroffenen Arm bekannt?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

Werden andere Hilfsmittel genutzt?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

Allgemeiner Eindruck (Akzeptanz der Behinderung, Einstellung zur Versorgung, usw.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zur Vorversorgung

#### 3.1. Allgemeine Angaben

Datum der Vorversorgung: \_\_\_\_\_ Wer führte die Vorversorgung durch: \_\_\_\_\_

Tragedauer der Vorversorgung: \_\_\_\_\_ (Std. / Tag)

Anwenderprobleme – Angaben zur Passform, Aufbau und Funktion:

#### 3.2. Bestandteile der bisherigen Versorgung

	Pos.-Nr. aus dem HMV				
	PG	AO	UG	A	Produkt
Bauart des Schaftes: _____					
Handpassteil: _____					
Ellenbogengelenk: _____					
Schultergelenk: _____					
Weitere Komponenten: _____					

Gewicht der Versorgung: \_\_\_\_\_ kg

Ggf. gesondertes Beiblatt verwenden PG = Produktgruppe, AO = Anwendungsort, UG = Untergruppe, A = Produktart, Prod = Produkt

## 4. Spezielle Angaben zum Stumpf und der kontralateralen Seite

### 4.1. Maßblätter

Anlage 1 – Finger-/Daumen-; (partielle) Teilhand-, Transcarpale-/ Carpale Amputation

Anlage 2 – Transradiale Amputation

Anlage 3 – Transhumereale Amputation

Anlage 4 – Schulterexartikulation / Interthorakoscapuläre Amputation

### 4.2. Allgemeine Angaben

Stumpfform:  zylindrisch  kegelförmig  birnenförmig

Sind die Wundheilung und Stumpfkonditionierung abgeschlossen?  ja  nein

Weichteildeckung des Stumpfes:  ausreichend  nicht ausreichend  übermäßig

Stumpfmuskulatur:  muskulös  locker/weich  atrophiert

Knöcherner Prominenz:  keine  vorhanden: \_\_\_\_\_

Hautzustand:  unauffällig  nässend  schuppig  atrophiert

Volumenschwankungen:  ja  nein

Stumpfbelastbarkeit:  kontaktfähig  eingeschränkt  nicht kontaktfähig

Palpationsbefund: \_\_\_\_\_

### 4.3. Narben und Haut

Amputationsnarbe verheilt:  ja  nein  Fehlbildung

Narbe eingezogen:  ja  nein **Narbe mit Knochen verwachsen:**  ja  nein

Zusätzliche Narben:  keine  ja, Beschreibung/Lokalisierung: \_\_\_\_\_

Hautläsionen, Druckstellen, Scheuerstellen: \_\_\_\_\_

---

Hauttransplantation  nein  ja, wo: \_\_\_\_\_

Sensibilität:  unauffällig  vermehrt  vermindert

Stumpfschmerzen:  keine  ja, wo: \_\_\_\_\_

Temperatur:  wärmer  kälter  seitengleich

Gefäßprothese:  keine  ja, wo: \_\_\_\_\_

Ödeme:  keine  ja, wo: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

#### 4.4. Bewegungsausmaße/ Kontrakturen

<b>Schulter</b> (unter Mitbeteiligung des Schultergürtels):	Retro-/ Anteversion (40° - 0° - 170°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
	Ab-/Adduktion (180° - 0° - 40°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
	Außen-/Innenrotation (in Neutral-0-Stellung) (70° - 0° - 80°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
	Außen-/ Innenrotation (bei 90° abduziertem Oberarm) (90° - 0° - 80°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
<b>Ellenbogen:</b>	Extension/ Flexion (10° - 0 - 135°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
<b>Unterarm:</b>	Pro-/Supination (90° - 0 - 90°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
<b>Handgelenk:</b>	Extension/ Flexion (70° - 0 - 60°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____
	Radialduktion/Ulnarduktion (30° - 0 - 40°)	<input type="checkbox"/> rechts: _____	<input type="checkbox"/> links: _____

**Bewegungseinschränkungen der Hand:** \_\_\_\_\_

**Bewegungseinschränkungen der Finger:** \_\_\_\_\_

#### 4.5. Muskelfunktionstest nach Janda<sup>1</sup>

Muskelstatus betroffener Arm:	0	1	2	3	4	5
Schultergelenk - Anteversion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk - Retroversion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk - Abduktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk - Adduktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen - Flexion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen - Extension:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Flexion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Extension:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk - Radialduktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk -Ulnarduktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krafteinschränkungen auf der Gegenseite:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

- 0 = keine erkennbare Muskelkontraktion: 0% Muskelkraft  
 1 = erkennbare Reaktion, nicht ausreichend für eine Bewegung: ca. 10% Muskelkraft  
 2 = Bewegung in Vollem Umfang, ohne Arbeit gegen die Schwerkraft, d.h.in horizontaler Lagerung: 25% Muskelkraft  
 3 = Bewegung in vollem Umfang, entgegen der Schwerkraft, ohne zusätzlichen Widerstand von außen: ca. 50% Muskelkraft  
 4 = Bewegung in vollem Umfang gegen einen leichten bis mittelgroßen Weiderstand: 75% Muskelkraft  
 5 = Bewegung in vollem Umfang, sogar gegen einen starken äußeren Widerstand: 100% der physiologischen Muskelkraft

#### 4.6. Fragen zur Prothesenfähigkeit

Ist der Stumpf aus orthopädietechnischer Sicht prothetisch versorgbar?  ja  nein

Myo-Signale, wenn vorhanden: Höhe der Signale: Auf: \_\_\_\_\_ Zu: \_\_\_\_\_

Elektrodeneinstellung: Auf: \_\_\_\_\_ Zu: \_\_\_\_\_

Ist eine Versorgung mit einem Testschaft angezeigt:  nein  ja, Begründung: \_\_\_\_\_

#### 5. Technische Vorgaben

<b>Prothesentyp</b>	<input type="checkbox"/> Habitus	<input type="checkbox"/> Eigenkraft
	<input type="checkbox"/> Fremdkraft	<input type="checkbox"/> Hybrid
<b>Stumpfbettung</b>	<input type="checkbox"/> Stumpfumfassender Schaft mit Vollkontakt	
	<input type="checkbox"/> Gelenkumfassender Schaft mit Vollkontakt	
	<input type="checkbox"/> Offen-End-Schaft	
	<input type="checkbox"/> Rahmenschaft	
<b>Innenschaft – Material</b>	<input type="checkbox"/> Silikon HTV <input type="checkbox"/> Silikon RTV <input type="checkbox"/> EVA <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Steuerung</b>	<input type="checkbox"/> Schalter	<input type="checkbox"/> Elektroden
	<input type="checkbox"/> Einkanal-Steuerung	<input type="checkbox"/> Zweikanal-Steuerung
	<input type="checkbox"/> Vierkanal-Steuerung	<input type="checkbox"/> Mustererkennung
	<input type="checkbox"/> TMR	

#### Versorgungsziel/Anwendererwartungen:

Versorgungsziel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Wer führte die Beurteilung durch?

Orthopädietechniker/in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Anhang 1<sup>1</sup>

## Maßblatt für Finger-/Daumen, (partielle) Teilhand-, Transcarpale-/ Carpale Amputation

Patient:

Maß- u. Abform-Technik durch:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

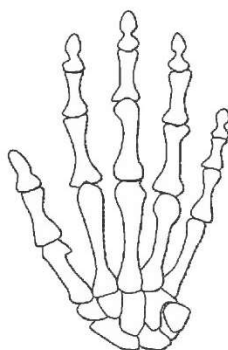
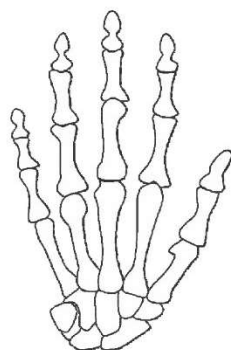
Datum: \_\_\_\_\_

Amputation:  links /  rechts

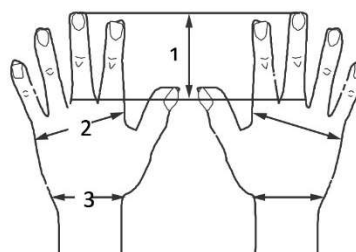
Klinische Situation:

links

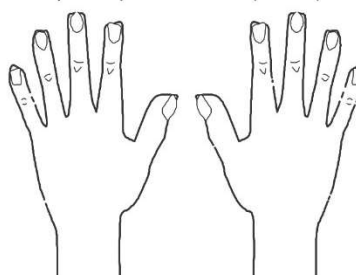
rechts



Maßpunkte  
kontralaterale  
Seite:



Niveau  
einzeichnen



1. Fingerlänge:

Stumpflänge:

2. Umfang MH:

Maß 1 (siehe Zeichnung) :

3. Umfang Handgelenk:

Maß 2 (Siehe Zeichnung) :

**Bemerkungen**

(sonstige Maße, etc. bei Bedarf)

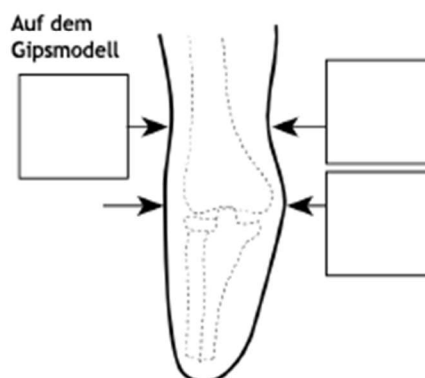
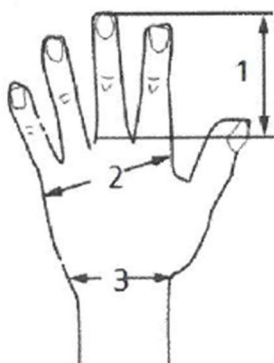
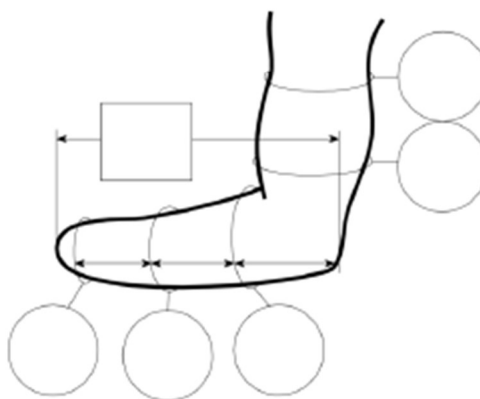
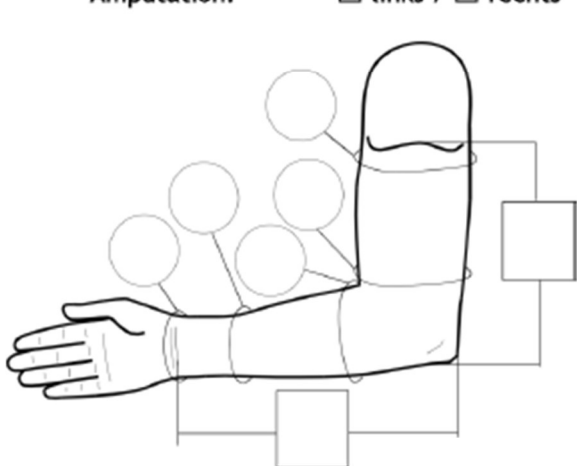
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

<sup>1</sup> Maßblatt entnommen aus „Kompendium – Qualitätsstandards im Bereich Prothetik der oberen Extremität“, 2014 (VQP -Stand 09/2015)

## Anhang 2<sup>II</sup>

# Maßblatt für transradiale Amputationen und Handgelenksexartikulationen

**Patient:** \_\_\_\_\_ **Maß- u. Abform-Technik durch:** \_\_\_\_\_  
**Name:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_  
**Amputation:**       links /  rechts



Pasteile  
Hand: \_\_\_\_\_

Handgelenk: \_\_\_\_\_

Myo-Signale:  ja /  nein

Höhe der Signale: auf \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_

Elektrodeneinstellung: auf \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Kosmetikhandschuh

Farbe: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

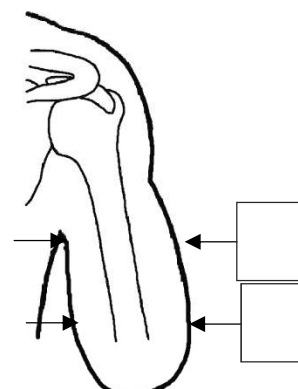
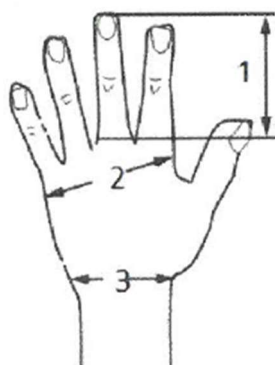
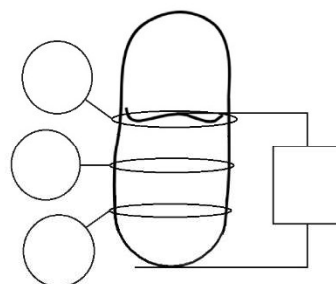
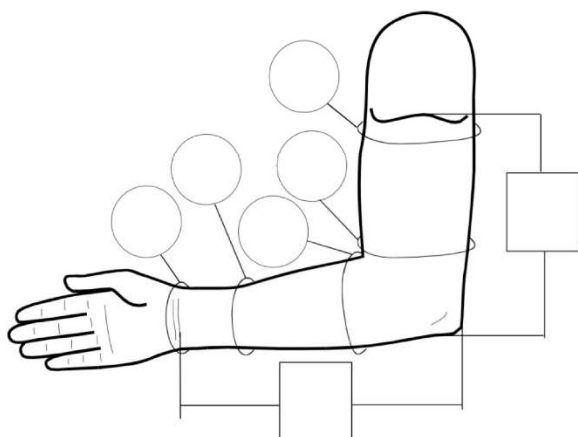
<sup>II</sup> Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung – Maßblatt für transradiale Amputation, 2017  
 Handabbildung entnommen aus „Kompendium – Qualitätsstandards im Bereich Prothetik der oberen Extremität“, 2014 (VQP -Stand 09/2015)



### Anhang 3<sup>III</sup>

## Maßblatt für transhumereale Amputationen und Ellenbogenexartikulationen

Patient: Maß- u. Abform-Technik durch:  
 Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
 Amputation:  links /  rechts



Kosmetikhandschuh

Farbe: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Pasteile  
Hand: \_\_\_\_\_

Handgelenk: \_\_\_\_\_

Myo-Signale:  ja /  nein

Höhe der Signale: auf \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_

Elektrodeneinstellung: auf \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

<sup>III</sup> Maßblatt entnommen von BUFA – Maßblätter und Zustandserhebung – Maßblatt für transhumereale Amputation, 2017  
 Handabbildung entnommen aus „Kompendium – Qualitätsstandards im Bereich Prothetik der oberen Extremität“, 2014 (VQP -Stand 09/2015)

Anhang 4<sup>IV</sup>

## Maßblatt für Schulterexartikulation / Interthorakoscapuläre Amputation

---

**Anwendername:** \_\_\_\_\_

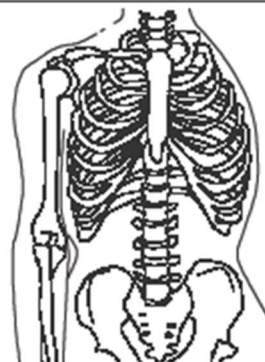
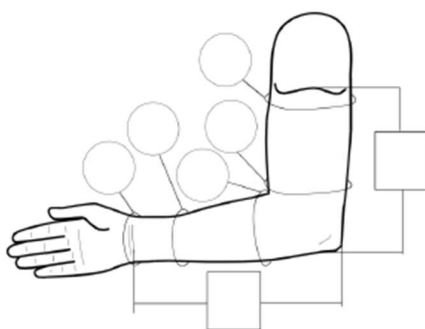
---

**Maß- u. Abform- Technik durch:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

---

**Amputationsseite:**     rechts                       links

---




---

**Handgröße**                       7             7 ¼             S     L             Sonstige:  
 7 ½             8 ¼             M     XL             Habitus/Eigenkraft :

---

**Handgröße Kinder**             5             6             Sonstige:  
 5 ½             6 ½             Habitus/Eigenkraft :

---



---

**Handschuh-Farbe:** \_\_\_\_\_ **Handschuh-Größe:** \_\_\_\_\_

---

**Ausführungsdetails**  
 (z.B. Elektrodeneinstellung, vorh. Komponenten, etc. falls notwendig)

.....

.....

---

**Bemerkungen**  
 (sonstige Maße, etc. bei Bedarf)

.....

.....

---

<sup>IV</sup> Maßblatt entnommen aus „Kompendium – Qualitätsstandards im Bereich Prothetik der oberen Extremität“, 2014 (VQP -Stand 09/2015)