

Patient:

Seite Datum
1 27.04.2017

Ambulantes Reha Centrum Braunschweig GmbH
Hamburger Str. 49 Tel. 0531.2322333
38114 Braunschweig Fax 0531.2322335

Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL nach S. Isernhagen

Frau Name, Vorname Geb.-Dat.: Datum

Datum, 27.04.2017

Adresse

Ref-Nr.:

Tel. privat: Tel. Geschäft:

<Versicherung> AZ-Nr.

Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL dient der Beurteilung der beruflichen physischen Belastbarkeit. Der erste Teil des Berichtes enthält Schlussfolgerungen und Empfehlungen, in den folgenden Abschnitten finden sich detaillierte Angaben zu den Untersuchungsergebnissen. Ergänzende Angaben aus unserer Dokumentation sind bei Bedarf erhältlich.

Zuweisung durch:

Besondere Fragestellung:

Diagnosen:

Testdaten:

Durchführung aller vorgesehenen Tests Ja Nein

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Feld "Arbeitsbezogene Probleme": Das arbeitsbezogene Problem ist eine Funktionsstörung der>des> <oder> Die arbeitsbezogenen Probleme sind <vor allem>

Feld "Leistungsbereitschaft, Konsistenz" Die Leistungsbereitschaft des/der Proband/in beurteilen wir >im Wesentlichen als>zuverlässig>fraglich>nicht zuverlässig.<ev.>Die Beobachtungen >bei den Tests weisen auf eine deutliche Selbstlimiterung hin.

Feld "spezielle Bemerkungen zur Eingliederungsperspektive"

Funktionell motorische Leistungsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit als

- 6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

Funktionell motorische Leistungsfähigkeit in anderen beruflichen Tätigkeiten (allgemeiner Arbeitsmarkt)

1. **Positives** Leistungsbild: Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

Körperliche Arbeitsschwere

- schwere Arbeiten mittelschwere leichte bis mittelschwere Arbeit leichte
 vorwiegend Sitzend
- 6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

Arbeitshaltung

- im Stehen ständig überwiegend zeitweise gelegentlich
im Gehen ständig überwiegend zeitweise gelegentlich
im Sitzen ständig überwiegend zeitweise gelegentlich

Funktionell motorische Leistungsfähigkeit

allgemeine Fähigkeiten

Lastenhandhabung	
Heben Boden zu Taillenhöhe	Gelegentlich bis max. kg
Heben Taillen- zu Kopfhöhe	Gelegentlich bis max. kg
Heben horizontal	Gelegentlich bis max. kg
Schieben/Drücken	Gelegentlich bis max. kg
Ziehen	Gelegentlich bis max. kg
Tragen re.	Gelegentlich bis max. kg
Tragen li.	Gelegentlich bis max. kg
Tragen beidhändig	Gelegentlich bis max. kg
Handkraft re	<input type="checkbox"/> In der Norm Gelegentlich bis max. kg
Handkraft li.	<input type="checkbox"/> In der Norm Gelegentlich bis max. kg

Haltungen/Fortbewegungen	
Arbeiten über Kopf	
vorgeneigtes Sitzen	
vorgeneigtes Stehen	
Rotation im Sitz	
Rotation im Stehen	
Kriechen	
Knien	
Hockstellung	
wiederholte Kniebeuge	
längeres Sitzen	
längeres Stehen	
Gehen	
Treppe steigen	
Leiter steigen	
Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> In der Norm
Handkoordination	<input type="checkbox"/> In der Norm

allgemeine Defizite

Lastenhandhabung	
Heben Boden zu Taillenhöhe	Gelegentlich bis max. kg
Heben Taillen- zu Kopfhöhe	Gelegentlich bis max. kg
Heben horizontal	Gelegentlich bis max. kg
Schieben/Drücken	Gelegentlich bis max. kg
Ziehen	Gelegentlich bis max. kg
Tragen re.	Gelegentlich bis max. kg
Tragen li.	Gelegentlich bis max. kg
Tragen beidhändig	Gelegentlich bis max. kg
Handkraft re	<input type="checkbox"/> unter Norm, Gelegentlich bis max. kg
Handkraft li.	<input type="checkbox"/> unter Norm, Gelegentlich bis max. kg

Haltungen/Fortbewegungen	
Arbeiten über Kopf	
vorgeneigtes Sitzen	
vorgeneigtes Stehen	
Rotation im Sitz	
Rotation im Stehen	
Kriechen	
Knien	
Hockstellung	
wiederholte Kniebeuge	
längeres Sitzen	
längeres Stehen	
Gehen	
Treppe steigen	
Leiter steigen	
Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> unter Norm
Handkoordination	<input type="checkbox"/> unter Norm

Empfehlungen bezüglich beruflicher Eingliederung

- gleicher Arbeitsplatz - Arbeit wie bisher
- Arbeitsplatzüberprüfung und ggf. Umsetzung
- Arbeitsplatzgestaltung
- Vermittlung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- stufenweise Wiedereingliederung wünschenswert

Empfehlungen bezüglich weiterer medizinischer Diagnostik und Behandlung

- Diagnostische Klärung
- stationäre Behandlung
- Heil- und Hilfsmittel
- Funktionstraining
- sonstige Anregungen

Arzt

Physiotherapeutin

Detaillierter Bericht

Arbeitssituation, Grunddaten

Letzte berufliche Tätigkeit

- Vollzeit Teilzeit **Schonarbeitsplatz**
in Firma seit < 1 Jahr > 1 Jahr > 10 Jahre
Stellung: ungelernt angelernter Arbeiter/Angestellter Facharbeiter/Angestellter
 Facharbeiter mit Vorgesetztenfunktion/Angestellter Führungskraft

Gültiger Arbeitsvertrag: Ja Nein mit einer Kündigung ist zu rechnen

Anlass der derzeitigen Minderung der motorischen funktionellen Leistungsfähigkeit

- Unfall (Datum:) Erkrankung (seit:)
vorher: voll leistungsfähig eingeschränkt

Arbeitsunfähigkeit AU ja: seit Nein

Rentenbezug Ja Nein

Laufender Rentenantrag Ja Nein

Grunddaten

Nationalität:

Ausreichende Verständigung in dt. Sprache möglich ja nein

- Schulabschluss: ohne Hauptschule Realschule Gymnasium.
Berufsausbildung: keine angelernt Lehre höhere Qualifikation
Familienstand ledig verheiratet geschieden
Anzahl Kinder davon unterstützungspflichtig
 lebt alleine lebt mit der Familie lebt mit anderen Personen.....

Körpergröße:

Körpergewicht:

dominante Seite: rechts links

Kooperation und Konsistenz bei den Tests

Leistungsbereitschaft (Konsistenz, Selbstlimitierung)

gut mäßig schlecht

Belastungswerte der Hebetests 2.Testtag im wesentlichen

reproduziert gesteigert gemindert

Auftreten von Symptomen und Umgang mit den Beschwerden

Schmerz-Selbstbeurteilung

	1. Testtag	2. Testtag
Schmerz "am Anfang" (10-er Schmerzskala: "keine" bis "unerträgliche" Schmerzen)		
Schmerz am Ende (10-er Schmerzskala: "keine" bis "unerträgliche" Schmerzen)		
Schmerz "am schlimmsten" während der letzten 7 Tage (10-er Schmerzskala)		

Relevante Schmerz-/Symptombereiche

Feld: Bitte hier die relevanten Schmerz und Symptombereiche eintragen sowie weitere Bemerkungen

Schmerzverhalten

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausweichbewegung | <input type="checkbox"/> Entlastung der Schmerzzone | <input type="checkbox"/> Muskelverspannung |
| <input type="checkbox"/> Hinken | <input type="checkbox"/> verminderter Armschwung beim Gehen | <input type="checkbox"/> übervorsichtige Bewegung |
| <input type="checkbox"/> starre/abnorme Haltung | <input type="checkbox"/> Reiben/Halten des Schmerzbereiches | <input type="checkbox"/> Schmerzmimik |
| <input type="checkbox"/> Seufzen | <input type="checkbox"/> sehr häufige verbale Schmerzáußerung | |
| <input type="checkbox"/> Mimik/Gestik/Äußerungen zum Schmerz unauffällig | | |

Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit

(Fragebogen "Spinal Function Sort PACT" von L. Matheson)

PACT-Indexwert	1. Testtag vor Tests:	2. Testtag nach Tests:
Belastbarkeitsniveau (maximal zu hantierende Lasten)	<input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend (bis 5 kg) <input type="checkbox"/> leicht (5 - 10 kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10 - 25 kg) <input type="checkbox"/> schwer (25 - 45 kg) <input type="checkbox"/> sehr schwer (> 45 kg)	<input type="checkbox"/> minimal <input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend (bis 5 kg) <input type="checkbox"/> leicht (5 - 10 kg) <input type="checkbox"/> mittelschwer (10 - 25 kg) <input type="checkbox"/> schwer (25 - 45 kg) <input type="checkbox"/> sehr schwer (> 45 kg)
Konsistenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbsteinschätzung im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> realistisch <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu hoch

→ Hinweis:

minimal < 100, vorwiegend sitzend (100-110), leicht (125-135), mittelschwer (165-175), schwer (180-190), sehr schwer (> 195)

Sicherheit der Arbeitstechniken, Bewegungsqualität

Ergonomische Arbeitstechnik/ Bewegungskoordination

- gut mäßig schlecht

Funktionell motorische Fähigkeiten und Defizite bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit

Beschreibung der letzten Arbeit durch

- Proband Arbeitgeber Auftraggeber
 Betriebsarzt
 Refachbereich
 eigene Arbeitsplatzabklärung

[Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit]

[Arbeitsbeschreibung]

Testdaten und Belastbarkeitswerte

Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL

Schätzung der Belastbarkeit auf Grund der Belastungstests, bezogen auf einen 8h-Arbeitstag:

Belastungsdauer pro 8 h	nie	gelegentlich	zeitweise	überwiegend	ständig	Belastungsgrenze
<i>Belastungskategorie</i>		<i>max.</i>	<i>schwer</i>	<i>mittel</i>	<i>leicht</i>	(Bemerkungen, Beobachtungen)
Lasten/Kraft (kg, kp =10N)	<input type="checkbox"/>					
Heben Boden zu Taillenhöhe	<input type="checkbox"/>					
Heben Taillen- zu Kopfhöhe	<input type="checkbox"/>					
Heben horizontal	<input type="checkbox"/>					
Schieben/Drücken	<input type="checkbox"/>					
Ziehen	<input type="checkbox"/>					
Tragen rechte Hand	<input type="checkbox"/>					
Tragen linke Hand	<input type="checkbox"/>					
Tragen vorne	<input type="checkbox"/>					
Handkraft rechts	<input type="checkbox"/>					Norm <input type="checkbox"/> unter Norm <input type="checkbox"/>
Handkraft links	<input type="checkbox"/>					Norm <input type="checkbox"/> unter Norm <input type="checkbox"/>
Haltung / Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>					
Arbeit über Kopf	<input type="checkbox"/>					
Sitzen vorgeneigt	<input type="checkbox"/>					
Stehen vorgeneigt	<input type="checkbox"/>					
Rotation im Sitzen	<input type="checkbox"/>					
Rotation im Stehen	<input type="checkbox"/>					
Kriechen	<input type="checkbox"/>					
Knien	<input type="checkbox"/>					
Hockstellung	<input type="checkbox"/>					
wiederholte Kniebeugen	<input type="checkbox"/>					
längeres Sitzen	<input type="checkbox"/>					
längeres Stehen	<input type="checkbox"/>					
Fortbewegung	<input type="checkbox"/>					
Gehen	<input type="checkbox"/>					
Treppe steigen	<input type="checkbox"/>					
Leiter steigen	<input type="checkbox"/>					
Gleichgewicht	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	ungenügend		
Handkoordination						
Handkoordination rechts	<input type="checkbox"/>	Norm	<input type="checkbox"/>	< Norm		
Handkoordination links	<input type="checkbox"/>	Norm	<input type="checkbox"/>	< Norm		

[speziell bei Einschränkungen im Ellbogen-/Handbereich]

Hand-Umwendbewegungen	gut	vermindert	stark vermindert	
Umwendbewegungen rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umwendbewegungen links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fragen zur Konsistenz (für umfassende EFL)

		Ja	Nein	Bemerkung
1.	Übereinstimmung klinische Befunde und demonstrierte Funktionsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Anstieg Herzfrequenz im Verhältnis zum Schweregrad der Arbeit (Last ~ HF)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Korrelation Heben Boden-Taillenhöhe mit wiederholten Kniebeugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Korrelation Heben zu Kopfhöhe mit Arbeit über Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Korrelation Heben horizontal mit beidhändigem Tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Korrelation Tragen einhändig mit Handkraft? (Norm: Handkraftwerte > Traglast)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kraft Ziehen > Schieben, Drücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Heben horizontal > Heben Boden zu Taillenhöhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Korrelation Einschränkungen beim Kriechen, Knien, Kauern, Kniebeugen mit Funktionsdefiziten des Rückens und der unteren Extremität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Korrelation Sitzen während Befragung und Handtests?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Korrelation PACT mit den effektiv demonstrierten funktionellen Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Glockenform der Werte bei der Handkraftmessung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Verhalten und Einsatz am 1.Tag konsistent mit dem vom 2.Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Beim Ziehen ist das vordere, beim Schieben/Drücken ist das hintere Bein das Kraftbein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Verminderte Belastungstoleranz in den Tests Kriechen und Heben Taillen- zu Kopfhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beinproblem ⇒ Item 14 / Handproblem ⇒ Item 15