

Fallbericht

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titel  (Analysierte klinische Situation) | : |  |
|  |  |  |
| Vorname / Nachname | : |  |
| Strasse / Nr. | : |  |
| PLZ / Ort | : |  |
| Abgabedatum | : |  |
|  |  |  |
| Prüfungsjahr 2018 |  | Teil C  der Berufsprüfung der OdA MM zum eidg. Fachausweis Medizinischer Masseur / Medizinische Masseurin |

**Anleitung:**

* Lesen Sie unbedingt die Anleitung: Anleitung\_zum\_Pruefungsteil\_C\_(Fallbericht).doc
* Löschen Sie bitte keine nummerierten Überschriften.
* Geben Sie Ihren Text als normalen Lauftext ein und formatieren Sie nach der Eingabe.
* Wenn Sie Texte aus andern Dokumenten einfügen, achten Sie bitte darauf, dass Sie unformatierten Text einfügen. Sonst wird das Dokument u.U. verändert (rechte Maustaste / Einfügeoptionen / Nur den Text übernehmen).
* Bitte achten Sie nicht auf den Seitenumbruch. Jede Kapitelüberschrift fängt automatisch auf einer neuen Seite an.

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung

1.1 Vorwort (Begründen Sie die Wahl dieses klinischen Falles)

1.2 Theoretische Auseinandersetzung zum klinischen Fall (Pathophysiologie, Äthiologie, Epidemiologie ect.)

2 Befunderhebung und Interpretation

2.1 Anamnese und Beschreibung der klinischen Symptome

2.2 Interpretation der Symptome, Formulierung der Hypothesen vor der klinischen Untersuchung

2.3 Klinische Untersuchung, Inspektion, Palpation und klinische Tests

2.4 Arbeitshypothese nach der klinischen Untersuchung

3 Massnahmenkonzept

3.1 Formulierung der Kontraindikationen und der Vorsichtsmassnahmen

3.2 Formulierung der Behandlungsziele, kurz-, mittel- und langfristige Therapieziele (Patient und Therapeut)

3.3 Formulierung und Begründung des Massnahmenkonzeptes

4 Behandlungsprotokoll

4.1 Listen Sie die einzelnen Behandlungsdaten in einem Kurzprotokoll auf (Datum, Tageszeit/Dauer, Methode/Methoden, Ort, Verlaufszeichen)

4.2 Detaillierte Beschreibung der ersten, der fünften und der letzten Behandlung (Datum, Tageszeit/Dauer, Methode/Methoden, Ort, Intensität, Dauer, Verlaufszeichen)

5 Evaluation

5.1 Evaluation der erreichten und nicht erreichten Ziele des Patienten sowie in Bezug zur klinischen Symptomatik

5.2 Evaluation der Prozesssteuerung mit Hilfe der Befund- und Behandlungsdokumentation

5.3 Evaluation der Beziehungsebene zwischen Patient/Patientin und Therapeut/Therapeutin

5.4 Evaluation der interdisziplinären Zusammenarbeit und andere Therapiemöglichkeiten

6 Konsequenzen / Schlusswort

6.1 Konsequenzen für die persönliche Weiterentwicklung im Sinne des lebenslangen Lernens / Schlusswort

7 Literaturliste/Quellenangaben / Referenzen

8 Anhang

# Einleitung

## Vorwort (Begründen Sie die Wahl dieses klinischen Falles)

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Theoretische Auseinandersetzung zum klinischen Fall (Pathophysiologie, Äthiologie, Epidemiologie etc.)

Geben Sie hier Ihren Text ein.

# Befunderhebung und Interpretation

## Anamnese und Beschreibung der klinischen Symptome

Hier stehen die Daten aus dem Standarddokument: Anamnese-Formular OdA MM (siehe Webseite unter „Standards“)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** | | **Vorname:** |
| Adresse: | | |
| Tel. (P): | | 1.Konsultation |
| Tel. (G): | | Arzt/Physio: |
| Geb.: | | KK: |
| Beruf: | | Sport/Hobby: |
| **Diagnose:** |  | |
| **Nebendiagnose:** |  | |
| **Verordnung:** |  | |
|  | | |
| **Anamnese** | | |
| **Medikamente:** |  | |
| **Vorsichtsmass-nahmen / Kontra-indikationen:** |  | |
| **Primäre Beschwerden:**  (Hauptdiagnose) |  | |
| **Aktueller Zustand:**  (status praesens betreffend Hauptdiagnose) |  | |
| **Vorgeschichte:**  (Entstehung betr. Hauptdiagnose)   1. Vorgeschichte 2. Bisherige Therapien und Effekte |  | |
| **Sekundäre Beschwerden:** |  | |
| **Allgemein:**   1. Allgemeiner Zustand 2. Soziales Umfeld |  | |

## Interpretation der Symptome, Formulierung der Hypothesen vor der klinischen Untersuchung

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Klinische Untersuchung, Inspektion, Palpation und klinische Tests

Hier stehen die Daten aus dem Standarddokument: Formular Objektiver Befund OdA MM (siehe Webseite „Standards“)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** | | **Vorname:** |
| **Inspektion / Palpation** | | |
| Therapeutin: | | Datum: |
| **Funktionelle Untersuchungen / Testergebnisse:** |  | |

Fügen Sie nach der Legende bitte nur die Grafik (Body-Chart / Männlein) aus dem Standarddokument ein oder integrieren Sie dieses als Anhang.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| T↑ (rot) | Hypertonus | grün | Haut | Allgemein Skala | |
| T↓ (blau) | Hypotonus | OVS | Obere Verschiebeschicht |  |  |
| H | Hartspann | UVS | Untere Verschiebeschicht | + | leicht |
| • | Druckdolenz/Triggerpunkt (Schmerz) | Q | Quellung | ++ | mittel |
| **⭍** | Schmerz | E | Einziehung | +++ | stark |
| gelb | Ausstrahlung |  |  | 1-10 | Bsp.⭍ (Schmerz) |

## Arbeitshypothese nach der klinischen Untersuchung

Geben Sie hier Ihren Text ein.

# Massnahmenkonzept

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Formulierung der Kontraindikationen und der Vorsichtsmassnahmen

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Formulierung der Behandlungsziele, kurz-, mittel- und langfristige Therapieziele (Patient und Therapeut)

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Formulierung und Begründung des Massnahmenkonzeptes

Geben Sie hier Ihren Text ein.

# Behandlungsprotokoll

## Listen Sie die einzelnen Behandlungsdaten in einem Kurzprotokoll auf (Datum, Tageszeit/Dauer, Methode/Methoden, Ort, Verlaufszeichen)

Füllen Sie die untenstehende Tabelle aus. (min. 9 max. 12 Behandlungen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Tageszeit/Dauer** | **Methode/n** | **Behandlungsort** | **Verlaufszeichen** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Detaillierte Beschreibung der ersten, der fünften und der letzten Behandlung (Datum, Tageszeit/Dauer, Methode/Methoden, Ort, Intensität, Dauer, Verlaufszeichen)

Füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Tageszeit/Dauer** | **Methode/n** | **Behandlungsort** | **Verlaufszeichen** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Evaluation

## **Evaluation der erreichten und nicht erreichten Ziele des Patienten sowie in Bezug zur klinischen** Symptomatik

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Evaluation der Prozesssteuerung mit Hilfe der Befund- und Behandlungsdokumentation

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Evaluation der Beziehungsebene zwischen Patient/Patientin und Therapeut/Therapeutin

Geben Sie hier Ihren Text ein.

## Evaluation der interdisziplinären Zusammenarbeit und andere Therapiemöglichkeiten

Geben Sie hier Ihren Text ein.

# Konsequenzen / Schlusswort

## Konsequenzen für die persönliche Weiterentwicklung im Sinne des lebenslangen Lernens / Schlusswort

Geben Sie hier Ihren Text ein.

# Literaturliste/Quellenangaben / Referenzen

Geben Sie hier Ihre Literaturliste ein.

# Anhang

Führen Sie hier Ihre Zusatzdokumente auf.