

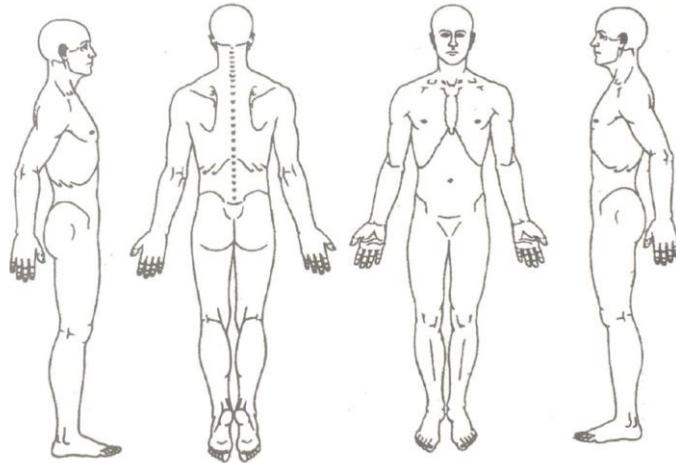
Befundbogen Physiotherapie



Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Größe:
Beruf:	Gewicht:
Überweisender Arzt:	Hobbys:
Diagnose:	Blutdruck:

Aktuelle Symptomatik:

**Bitte versuchen sie die Beschwerden
in der Skizze einzuzeichnen:**



**Schmerzskala:
(bitte ankreuzen)**

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gibt es eine für Sie bekannte Ursache?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? (Liegen, Essen, Laufen, Stress)

Wodurch werden die Beschwerden gelindert? (Wärme, Medikamente, Bewegung)

Wurde es schulmedizinisch schon abgeklärt?

Gab es Traumata, Stürze oder Unfälle in der Vergangenheit/Kindheit?

Gab es Operationen?

Nehmen Sie Medikamente?

Gibt es bekannte familiäre Erkrankungen?

Datum

Unterschrift