

Befundbogen mga Physiotherapie & Osteopathie



Name:.....geb. am:.....

Beruf:.....Hobbys:.....

Medikamente / Drogen?

Herzkondition, Blutdruck?

Fremdmaterial im Körper?

Osteoporose? Nein/ Ja Rauchen? Nein / Ja

Allergien?.....

Migräne, Kopfschmerzen, Tinnitus, Kiefer?.....

Gab es Unfälle, OPs?.....

Organ/ Systemische Erkrankungen?.....

Schwere Erkältungserkrankung/ Lungenentzündung?.....

HIV? Hep B/C? MRSA?

Epileptische Anfälle? Nein/ Ja

Familie:
Neurologische? Systemische?.....

derzeitige Beschwerden? akut/chronisch

Schmerzen seit:

Bisherige invasive/ nicht invasive

Behandlungen.....

Körperliche

Belastung.....

Wie sind die Schmerzen?

Schmerzqualität/

Charakter:.....

Veränderung morgens/abends?.....

In Ruhe/Bewegung?.....

Was lindert?

Aktivitäten/Maßnahmen.....

Klimatische Einflüsse.....

Verdauung?.....

Unterleibsbeschwerden?.....

Sonstiges:

Begleitende mögliche Irritationen

Sensibilitätsstörungen

Motorische Störungen

Koordinationsstörung

Vegetative/trophische Störungen

Hautverfärbung