

PHYSIOTHERAPEUTISCHE ERSTBEFUNDUNG

Datum:

Name:

Größe/Gewicht:

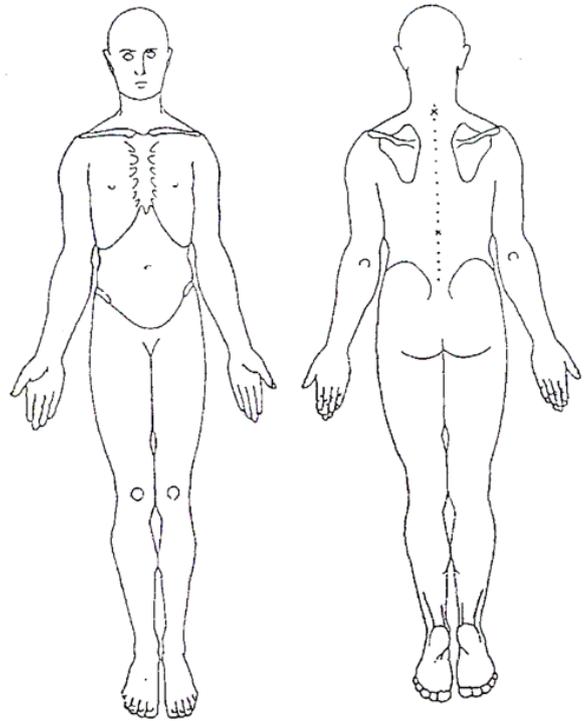
Alter:

Beruf Hobbys:

Ärztliche Diagnose:

Beschwerden

Bitte notieren Sie kurz Ihr Anliegen (Historie/Verlauf)



Was löst die Beschwerden aus?

Wie häufig erleben Sie die Beschwerden?

Zeichnen Sie bitte ein, wo sich Ihre Beschwerden befinden

Zeichnen Sie bitte in der Grafik ein, wie stark Ihre Beschwerden sind.



Schränken die Beschwerden Ihren Alltag ein (Beruf/Hobbys)?

Ist die Beweglichkeit o. die Kraft eingeschränkt. Wenn ja, inwiefern?

PHYSIOTHERAPEUTISCHE ERSTBEFUNDUNG

Nebendiagnose

Bitte notieren Sie die Ihnen bekannten Nebendiagnosen

Haben Sie in letzter Zeit Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Taubheit, Sprachstörungen, Gangunsicherheiten, Gewichtsverlust, nächtliches Schwitzen und/oder Ruheschmerzen erlebt.

Nehmen Sie Medikamente ein?

Bisherige Therapien

Bitte notieren Sie, ob Sie in der Vergangenheit ärztlich sowie physiotherapeutisch Unterstützung in Anspruch genommen haben.

Wurde ein Röntgenbild oder ein MRT erstellt?

Ziele und Erwartungen

Bitte notieren Sie, welche Erwartungen Sie an unsere Praxis haben. Welche Ziele möchten Sie erreichen?