

## PHYSIOTHERAPEUTISCHE ERSTBEFUNDUNG

Datum:

Name:

Größe/Gewicht:

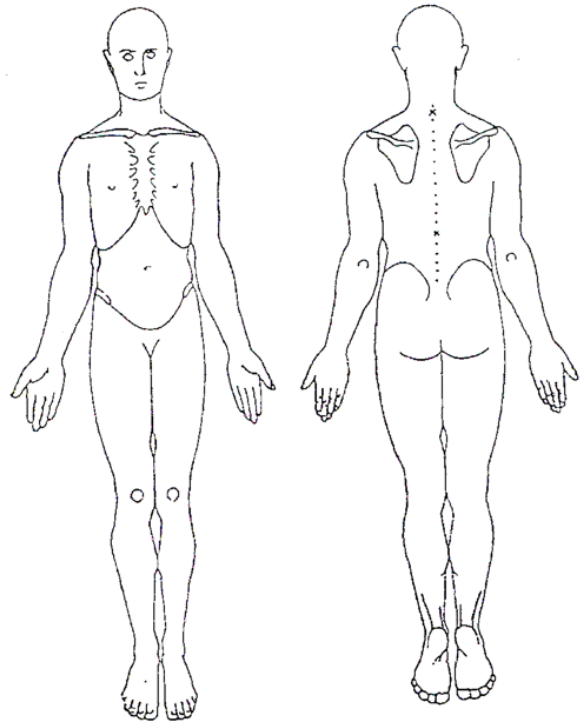
Alter:

Beruf Hobbys:

Ärztliche Diagnose:

Beschwerden

Bitte notieren Sie kurz Ihr Anliegen (Historie/Verlauf)

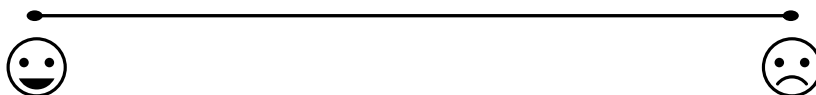


Was löst die Beschwerden aus?

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?