

Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

Befundbogen vom:

Erwachsene: ab 15 Jahren

(Datum)

Name, Vorname			
Straße, Nr.			
Plz, Ort			
Tel.	E-Mail:		
Zuständige Krankenkasse			
Geburtsdatum			
Gewicht, Größe	___ kg ___ cm		
Familienstand	___ Kinder (bei Frauen) Art der Geburten:		
Beruf			
Interessen, Sport- & Freizeitaktivitäten			
Aktuelles Anliegen:			
Frage	Nein		
Dauer der Beschwerde (in Wochen)			
< 6 6 - 12 12 – 1 Jahr ___ Jahre			
Sind Therapien erfolgt? Welche?			
Haben diese Therapien geholfen?			
Was lindert oder verstärkt die Beschwerden?			
	Wärme	Bewegung	Medikamente
lindert			
verstärkt			
Nehmen Sie Medikamente/Nahrungsergänzung? Welche u. wogegen? (z.B. Pille/Blutdruck/Schmerz)			
Wie ist Ihr Schlaf?			
schlecht/ unruhig		Ein- / Durchschlafstörungen	gut/ erholsam
Wieviel Flüssigkeit (Wasser) nehmen Sie täglich zu sich?			
< 0,5 Liter 0,5 - 1 Liter 1 Liter ___ Liter			

Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

Befundbogen vom: (Datum)

Erwachsene: ab 15 Jahren

Frage	J	N	Frage	J	N
Sind Sie schwanger?			Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?		
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?			Leiden Sie an Blutgerinnungsstörung?		
Trinken Sie täglich Alkohol?			Haben Sie einen regelmäßigen Monatszyklus?		
Rauchen Sie?			Macht der Monatszyklus Beschwerden?		
Kennen Sie bei sich Hautprobleme?			Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen / Schwindel?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?			Wurde bei Ihnen Epilepsie festgestellt?		
Haben Sie Blasenbeschwerden? (Entzündungen/Entleerungsschwierigkeiten)			Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?		
Leiden Sie an Prostatastörungen?					

Frage	Nein
Haben Sie allgemeine Verdauungsbeschwerden?	
Magen Darm Galle _____	
Stuhlgang	
Häufigkeit: täglich alle ____ Tage	
Konsistenz: breiartig geformt hart	
Farbe: gelblich hellbraun dunkelbraun schwarz	
Haben Sie Beschwerden mit	
Herz Lunge Psyche Zähne _____	
Haben Sie eine Gefäßerkrankung?	
Aneurysma Krampfadern Hämorrhoiden Verkalkung Durchblutungsstörungen _____	
Ist bei Ihnen eine Sinnesstörung bekannt?	
Auge Ohr Nase Geschmack	
Hatten Sie	
Schwere Verletzungen:	
Unfall:	
Operationen:	
Schwere Erkrankungen:	
Chronische Erkrankungen:	
Tragen Sie einen Gelenkersatz oder Implantate?	
Hüfte Knie Arm Zahn _____	
Ist bei Ihnen eine ansteckende Infektionskrankheit bekannt?	
HIV / Aids Hepatitis Grippe _____	