

Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

Befundbogen vom: (Datum)

Erwachsene: ab 15 Jahren

Name, Vorname			
Straße, Nr.			
Plz, Ort			
Tel.			
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?													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 25%;">Wärme</th> <th style="width: 25%;">Bewegung</th> <th style="width: 30%;">Medikamente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">lindert</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">verstärkt</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Wärme	Bewegung	Medikamente	lindert				verstärkt			
	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 Zähnen _____	
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 _____	