

Physiotherapeutischer Befunde

Therapeut: _____

Datum: _____

1. Patientendaten

Name:

Geburtstag:

Anschrift:

Kontaktdaten:

2. Allgemeine Daten

Diagnose:

Operationen:

Medikamente:

3. Anamnese

Beruf:

Hobbies:

Hauptproblem aus der Sicht des Patienten:
.....
.....
.....

Krankheitsbeginn / Unfall - oder OP-Datum:
.....
.....
.....

Auslöser / Verlauf:
.....
.....
.....

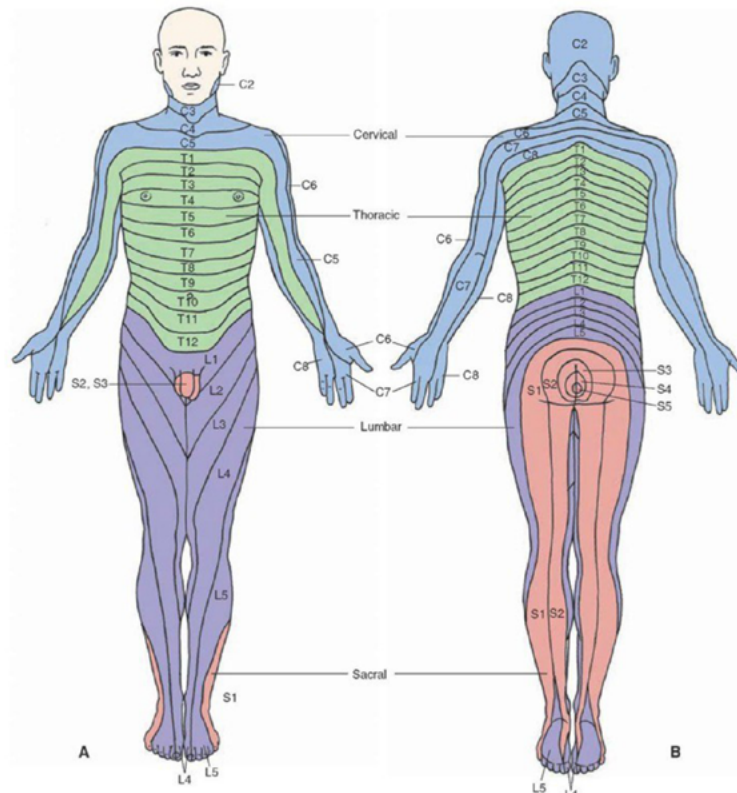
Beschwerdeverhalten:
(Aktivitäten, Tagesverhalten)
.....
.....
.....

Bisherige Therapien:
.....
.....
.....

**4. Orthopädischer Befund
(Hypo-, Hypermobilitäten):**



5. Neurologischer Befund:



Innervation der inneren Organe:

TH1 - 9	Lunge, Herz
TH6 - 9	Magen
TH6 - 10	Leber
TH9	Gallenblase
TH7 - 9	Pankreas
TH7 - 9	Milz
TH8 - 10	Dünndarm
TH9 - L2	Dickdarm
TH8 - L3	Nieren
TH10 - L2	Blase
TH10 - TH11	Uterus
TH12 - L1	Urethra
L1 - L2	Ovarien

Bemerkungen:
