

Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

Befundbogen vom:

Erwachsene: ab 15 Jahren

(Datum)

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?

	Wärme	Bewegung	Medikamente
lindert			
verstärkt			

Nehmen Sie Medikamente? Welche und 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:

Erwachsene: ab 15 Jahren

(Datum)

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 _____	