

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:	oft	täglich	alle ___ Tage
Konsistenz:	breiig	geformt	hart
Farbe:	gelblich	hellbraun	dunkelbraun
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	