

# Gemeinschaftspraxis Weber - Physiotherapie und Osteopathie

## Befundbogen vom:   (Datum)

Erwachsene: ab 15 Jahren

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

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