Befundbogen

Datum:

Name des Therapeuten:

Patientendaten

Vorname, Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Festnetz, Handy:

E-Mail Adresse:

Geburtsdatum:

Größe, Gewicht:

Berufliche Tätigkeit:

Sportliche Aktivitäten:

Behandelnder Arzt:

Ärztliche Diagnose:

Medikation:

Versorgung mit Hilfsmitteln:

Aktuelle Beschwerden

Wo ist der Schmerz?

Wann treten die Schmerzen auf?

Seit wann bestehen die Schmerzen?

Wie sind die Schmerzen?

Wodurch werden die Schmerzen beeinflusst?

Was verschafft Ihnen Erleichterung?

Welche Begleitbeschwerden treten auf?

Was wurde bisher unternommen?

Was ist das Ziel der Behandlung?

Sonstiges

Frühere Verletzungen:

Operationen: