



# Physiotherapeutischer Befund

Name:

Geburtsdatum

>>

Beruf

>>

Aktuelle Beschwerden  
(Wo, Was, Wann)

>>

Schmerzanamnese

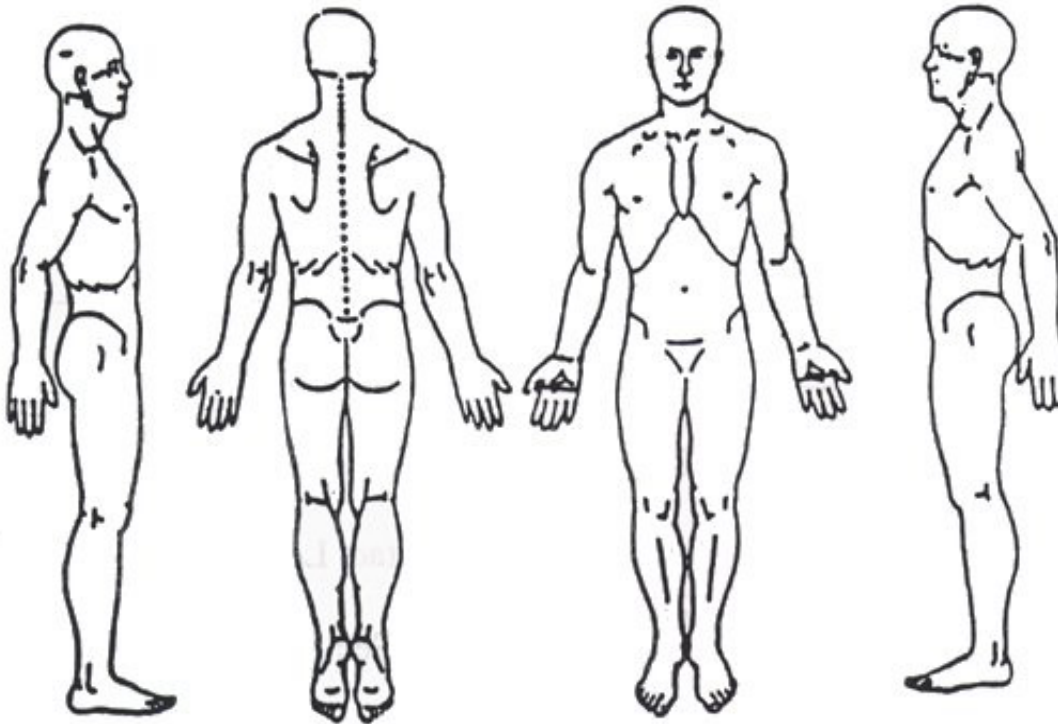
>>

Nebendiagnosen

>>

Medikamente

>>



Schmerzpunkt

X

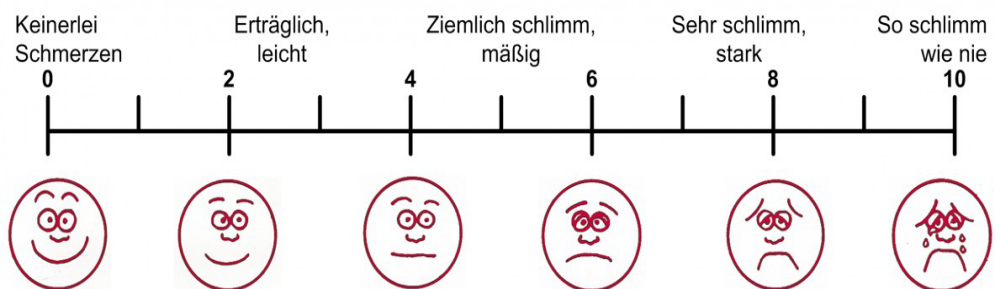
Ausstrahlungen



betroffenes Areal



VAS:





# Physiotherapeutischer Befund

**Name:**

Untersuchung:

- Inspektion

- Palpation

- Bewegungstests

Ziele des Patienten

(kurz~, mittel~, langfristig)

Therapeutisches Ziel

Datum    Signatur    Behandlungsschwerpunkte / Veränderungen im Befund / Verlauf
