

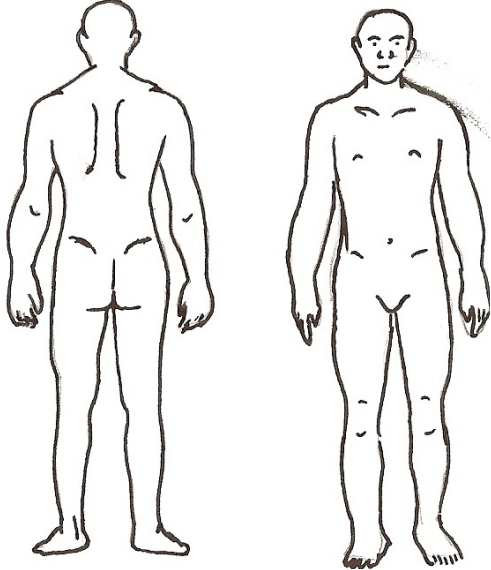
Befundbogen

Name:

Alter:

Beruf:

Hobbys:

| | |
|---|---|
| Ärztliche Diagnose | |
| Relevante Nebenbefunde / Risikofaktoren Sonstige Fremdbefunde | |
| <u>Anamnese</u> Wo? |  |
| Seit wann? | |
| Wodurch (Auslöser)? | |

| | |
|---|--|
| Wobei (statisch / dynamisch)? | |
| Neurologische Symptome? | |
| Hilfsmittel? | |
| Organe? | |
| Familiäre Erkrankungen? | |
| Sozialanamnese? (Familie / Beruf / psychisch-kognitiv) | |
| Ziele des Patienten? | |

| | |
|--|--|
| <p>Weitere standort- bestimmende Fragen, die die Angaben des Patienten prüfen / verifizieren :</p> | |
| <p><u>Hypothese?</u></p> | |
| <p><u>Inspektion</u></p> | |
| <p><u>Palpation</u></p> | |

| | |
|--|--|
| <p>Neurologische Orientierung</p> | |
| <p><u>Spezifische Orientierung</u> (aktiv/ passiv/Widerstand/ Traktion/ Kompression/Gleiten)</p> | |

| | |
|---|--|
| ICF / Hypothese / Diagnose ICD10 | |
| Patientenmanagment mit Therapieplan, MTT, Hausaufgaben... | |