

## Eingangsbefundung

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

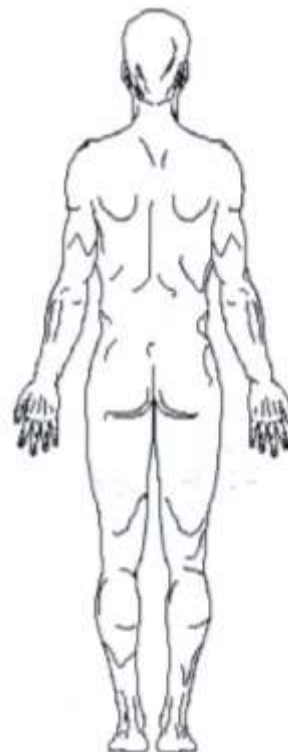
Sport / Hobby: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diagnose /Beschwerden: \_\_\_\_\_

OP-Datum: \_\_\_\_\_

Beschwerdebereiche bitte einkreisen:



**1. Ursachen der Beschwerden?**

Unfall  Überlastung / Fehlstellung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**2. Sonstige Erkrankungen? (z. B. Herz-Kreislauf, Lunge, Allergien...)**

\_\_\_\_\_

**3. Sonstige Verletzungen / Operationen? (z. B. Bänderrisse, ...)**

\_\_\_\_\_

**4. Welche Medikamente nehmen Sie?**

\_\_\_\_\_

**5. Vorausgegangene Therapien / Behandlungsmaßnahmen? (Arzt / Physiotherapeut)**

\_\_\_\_\_

**6. Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?**

\_\_\_\_\_

**Wann verstärken sich die Beschwerden?**

morgens  mittags  abends  im Ruhezustand  bei Aktivität / Belastung

**7. Wodurch und Wann werden die Beschwerden leichter?**

\_\_\_\_\_

morgens  mittags  abends  im Ruhezustand  bei Aktivität / Belastung

**8. Wer ist Ihr behandelnder Arzt?**

\_\_\_\_\_