



Befundbogen Physiotherapie / Funktionsteil: _____

Physiotherapeut:in : _____ Erstellungsdatum: _____

Name des Patienten (m/w/d): _____ **Geburtsdatum/Alter:** _____

Ärztliche Diagnose/Ereignis-/Operationsdatum: _____

Medikamente: _____

Nebendiagnosen (therapierelevant): _____

Verordnung: _____

Hilfsmittel: Brille Hörgerät O₂ Rollstuhl Gehhilfe: _____ : _____

Kommunikation: wach/klar eingeschränkt: _____ bewusstlos

Konstitution: normal Übergewicht leicht/stark Untergewicht

Cardiopulmonale Situation: belastbar altersgemäß vermindert

Kontraindikationen/Restriktionen/Flags:

Bio-Psycho-Soziale Situation (Umwelt- & Personenbezogene Faktoren):

Subjektive Vitalität: vital stabil schwach gebrechlich

Müdigkeit Krankheitsgefühl Übelkeit Unruhe Angst _____

Partizipation/Coping → Hilfeersuchen (Erwartungshaltung):

Compliance: kooperativ neutral übermotiviert uneinsichtig

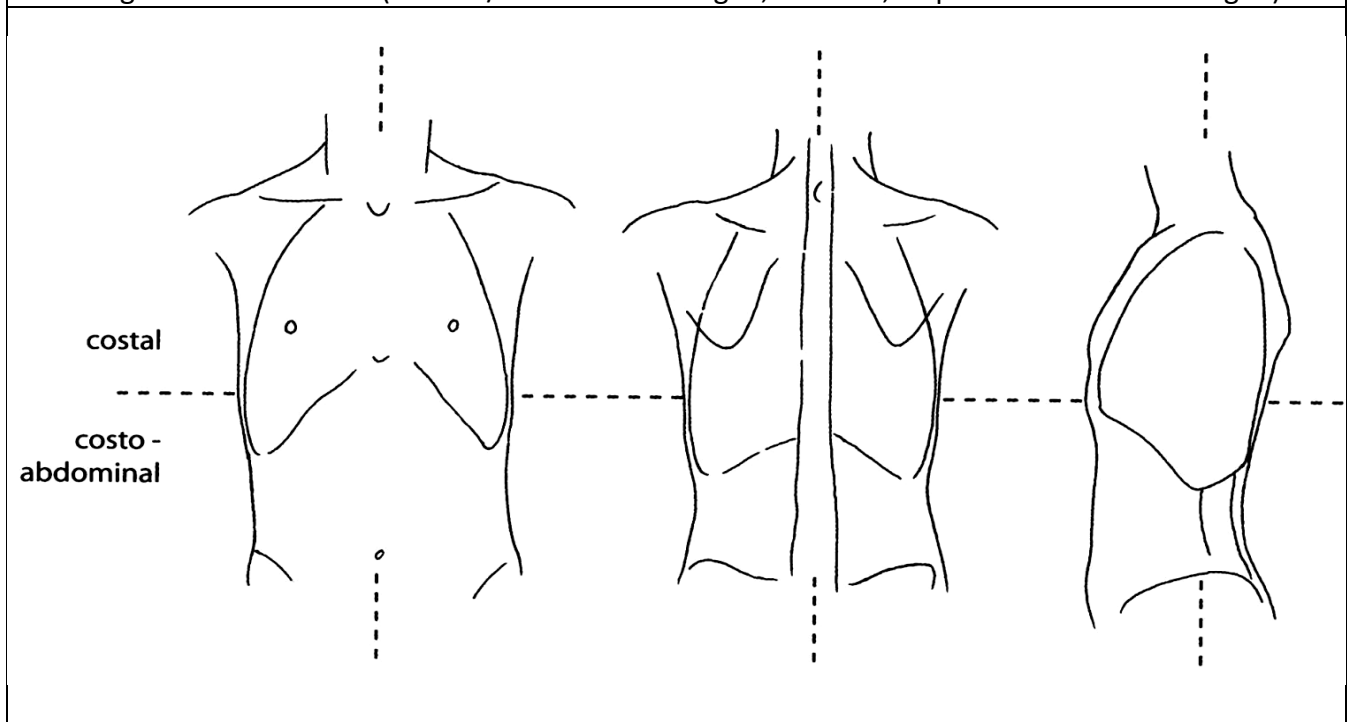
Funktionsteil Innere Medizin

Inspektion Haut/Gewebe:

<input type="checkbox"/> Gesicht:	<input type="checkbox"/> rosig	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> zyanotisch
	<input type="checkbox"/> Verfärbung von Kinn / Lippen / Nase		<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> OEX:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> zyanotisch
	<input type="checkbox"/> Verfärbung der Akren		<input type="checkbox"/> _____
Finger:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Trommelschlegelfinger / Uhrglasnägel	
<input type="checkbox"/> UEX:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> zyanotisch
	<input type="checkbox"/> Verfärbung der Akren		<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bauch:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> adipös (BMI: _____)	<input type="checkbox"/> Aszites
		<input type="checkbox"/> muskelschwach	<input type="checkbox"/> muskelkräftig
Ödeme:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja >> Umfangmessung	
Sonstige Auffälligkeiten:			

Thoraxverhältnisse / Atembewegungen

- Sichtbare Atembewegung: (Pfeile: →↑↖↗↘↙) •Gewebstonus/verringerte Abhebbarkeit: /////
 •Sonstige Besonderheiten: (Narben/Hautveränderungen, Skoliose, Inspiratorische Einziehungen)



Messstelle	Max. Inspiration	Max. Expiration	Differenz
Achselhöhe			
Sternumspitze			
5cm caudal Sternumspitze			
Einsatz Atemhilfsmuskulatur, Thoraxform, Palpation			

Allgemeine Bewegungsanalyse (inkl. ADL):

sicher hastig verlangsamt unsicher eingeschränkt Kompensation: s.u.

Herz-Kreislauf-Situation:

Ärztliche Vorgaben: Max. Puls: _____ /min		Max. RR: _____ / _____ mmHg	
Aktuelle Werte in Ruhe	Puls: _____ /min	Blutdruck: _____ / _____ mmHg	
	Rhythmus: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig		
	Füllung: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht tastbar		
	Atemfrequenz: _____ /min	Atemweg: _____	
	Atemrhythmus: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> _____		
	Atemgeräusche: _____		
Atemnot: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> deutlich			
Husten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> mit Auswurf: _____	<input type="checkbox"/> ohne

Spezifischer Belastungstest: 6-Minuten Gehstest in der Ebene

Strecke: _____ m Pausen: Anzahl _____ je _____ Sekunden

	<u>VOR</u> Belastung	<u>DIREKT NACH</u> Belastung	<u>3 Minuten NACH</u> Belastung
Puls	/min	/min	/min
Blutdruck	mmHg	mmHg	mmHg
Atemfrequenz	/min	/min	/min
subjektive Anstrengung 0-----5-----10		subjektive Atemnot 0-----5-----10	

Alternative Assessments (z. B. Timed-up and go, Berg-Balance-Skala, etc.):

Befundaufnahme:		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Anamnese Inspektion <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
	Funktionsteil <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Befundauswertung:		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Interpretation <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
	Ziele Maßnahmen <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Allgemeiner Eindruck:		

Unterschrift Lehrkraft: _____

NOTE: