



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):

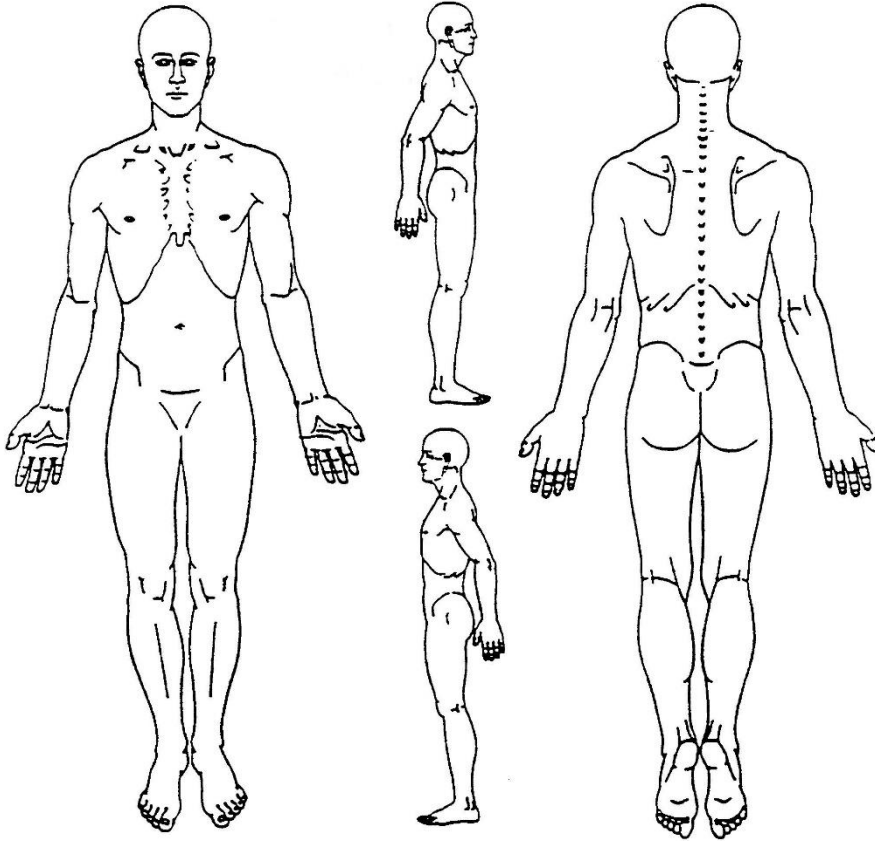
Subjektive Vitalität: vital stabil schwach gebrechlich

Müdigkeit Krankheitsgefühl Übelkeit Unruhe Angst _____

Partizipation/Coping → Hilfeersuchen (Erwartungshaltung):

Compliance: kooperativ neutral übermotiviert uneinsichtig

Inspektion / Körperstatus / Beschwerdeanamnese



Ergänzungen /
Auffälligkeiten zur Statik:

Beschwerdeanamnese: (Schmerz / Atemnot, ... VAS / NRS / BORG)	
In Ruhe: _____ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9—10	Lokalisation: _____ Qualität: _____
Bewegung: _____ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9—10	Lokalisation: _____ Qualität: _____
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Bisherige Behandlungsmaßnahmen: (Veränderung? besser? schlechter? gleich?)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Funktionsteil Orthopädie / Chirurgie:

Bewegungsanalyse / ADL

sicher hastig verlangsamt unsicher eingeschränkt Kompensation:

Beweglichkeitsüberprüfung (Messung mittels Neutral-Null-Methode)

Gelenk / Struktur	aktiv		passiv		Endgefühl	
	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	Links

Verkürzungstests

Muskulatur	(re) Strukturell / funktionell	(li) Strukturell / funktionell

Prüfung der Muskelkraft (MMT + Isometrie)(Kennmuskel inkl. Segmente)

Muskulatur / Bewegung	ASTE	MMT (0-5)		Isometrie (u/o Traktion)	
		Rechts	Links	Rechts	Links

Palpation

Muskulatur	Rechts	Muskulatur	Links
Sehnenansätze / Ligamente			
Schwellungen / Gewebeauffälligkeiten / Wunde / Narbe			

Extratests (inkl. Manuelle Gelenktestung, ggf. Pre-Test → Re-Test)

Neurologische Auffälligkeiten (inkl. Prüfung DMS)

Test/ Struktur	Rechts	Links

Umfangsmessungen / Längenmessungen

Maß	Rechts	Links
Anat. / Funkt. Beinlänge		

Befundaufnahme:		<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>
	Anamnese Inspektion <input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	
	Funktionsteil <input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	
Befundauswertung:		<input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/>
	Interpretation <input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	
	Ziele Maßnahmen <input style="width: 40px; height: 25px;" type="checkbox"/>	
Allgemeiner Eindruck:		

Unterschrift Lehrkraft: _____

NOTE: