

Physiotherapeut/in:

Datum:

## Physiotherapeutische Untersuchung

Pat.-Initialen:

Alter:

♀/♂:

Station:

Zimmer:

---

Diagnose:

Ärztliche Versorgung/ OP-Datum:

Ärztliche Verordnung:

Relevante Nebenbefunde:

Risikofaktoren/ beachte:

Andere Therapiemaßnahmen:

Medikation/ Wirkung:

Erster Eindruck:

Hilfsmittel:

Eigenanamnese:

Zustand vor dem Ereignis:

Bisheriger Therapieverlauf:

Schmerzanamnese/ Angaben zu Beschwerden:  
(siehe Körperschema)

Familienanamnese:

Sozialanamnese:

Erwartungen/ Wunsch des/ der Betroffenen: