

Praxis für Krankengymnastik und Massage

Anschrift der Praxis

Name des Patienten: _____

Letzte Behandlung: _____

Bitte markieren Sie mit einem deutlichen X im vorgesehenen Kästchen Ihren derzeitigen Zustand.
Danke.

1. Schmerzen

a) Intensität der Schmerzen

keine Schmerzen mittlere Schmerzen stärkste Schmerzen

b) Zeitpunkt der Schmerzen

morgens in der Mittagszeit nachts während der Arbeit nach der Arbeit

c) Dauer der Schmerzen

flüchtig für ca. 2 Stunden während der Arbeitszeit in Ruheposition

2. Sonstige Beschwerden

Hitze- od. Kältegefühl an Hände oder Füße Missempfindungen Taubheitsgefühl

3. Beweglichkeit

frei beweglich ohne Einschränkungen Steifigkeit im Rückenbereich

Bewegungseinschränkungen im Bereich von Hüfte, Knie und Fuß

Bewegungseinschränkungen im Bereich von Schulter, Ellenbogen und Hand

Bewegungseinschränkungen im Bereich von Nacken, Hals und Kopf

4. Persönliche Einstufung

Ich bin mit dem jetzigen Zustand zufrieden Beschwerden nehmen zusehens ab

Beschwerden nehmen zu Beschwerden sind stärker als je zuvor

5. Medikamente:

Ich nehme keine Medikamente nur bei Bedarf jeden Tag, wie eh und je

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten