



## Befundbogen

Name Patient: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Belastungsvorgabe: \_\_\_\_\_  
*In % oder kg*

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

Sport: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_

### Nebenerkrankungen / mögliche Kontraindikationen:

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aneurysmen  | <input type="checkbox"/> BSV                | <input type="checkbox"/> Maligne Geschehen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Frakturen          | <input type="checkbox"/> Entzündungen      |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Kreislauf          | <input type="checkbox"/> Fieber            |
| <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Herzklappendefekte | <input type="checkbox"/> Gewichtverlust    |
| <input type="checkbox"/> Burnout     | <input type="checkbox"/> Migräne            | <input type="checkbox"/> Trauma            |
| <input type="checkbox"/> Gleitwirbel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen      | <input type="checkbox"/> Diabetes          |
| <input type="checkbox"/> _____       |   |  |
| <input type="checkbox"/> _____       |   |  |

### Organische Beschwerden bzw. Über- / Unterfunktion

- |                                      |                                   |                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niere       | <input type="checkbox"/> Magen    | <input type="checkbox"/> Blase       |
| <input type="checkbox"/> Leber       | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Dickdarm | <input type="checkbox"/> Prostata    |
| <input type="checkbox"/> Lunge       | <input type="checkbox"/> Herz     | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Milz        |                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> _____       |                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> _____       |                                   |                                      |



## Befundbogen

Medikation: Marcumar:  Ja  Nein

Antibiotika:  Ja  Nein

Schmerzmittel:  Ja  Nein

Weitere Medikamente \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzungsmittel:  Ja: \_\_\_\_\_  Nein

Operationen \_\_\_\_\_  
Wann, was, wo...

\_\_\_\_\_

Akt. Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auslöser:  Sturz  Unfall  Unbekannt  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Krankheits-Verlauf: \_\_\_\_\_  
Wann begann die Problematik,  
wann erste Diagnose etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Therapien: \_\_\_\_\_  
z.B.: Krankengymnastik, Fach-  
arztbesuche etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verstärkung durch: \_\_\_\_\_  
z.B.: Wärme/Kälte/Bewegung etc.

Linderung durch: \_\_\_\_\_  
z.B.: Wärme/Kälte/Ruhe etc.

24h Verlauf: \_\_\_\_\_  
z.B.: morgens geringe Schmerzen,  
im Laufe des Tages ansteigend,  
Nachtschmerz?

\_\_\_\_\_





## Befundbogen

- erwünschte Ziele:  Schmerzfrei  verbesserter allg. Zustand  verbesserte Beweglichkeit
- wieder Arbeiten  Ausübung Hobby  Ausübung Profisport
- Muskelaufbau  Kraftausdauer
- \_\_\_\_\_

Wo haben Sie die aktuellen Beschwerden?

---

---

---

Stärke der Schmerzen akut  
*(einkreisen, 1 am schwächsten, 10 am stärksten)*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stärke der Schmerzen chronisch  
*(einkreisen, 1 am schwächsten, 10 am stärksten)*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fehlen Ihnen Zähne, wurden Zähne ersetzt/gefüllt, haben Sie eine Krone oder dergleichen?  
Lokalisieren Sie die betroffenen Zähne:

