

# Physiotherapeutischer Befund

Name:

Geb. Datum:

**1. Mein Hauptproblem**

**2. Geschichte (seit wann? wie hat es angefangen? Auslöser?)**

**3. Bereits erfolgte ärztliche oder therapeutische Behandlung**

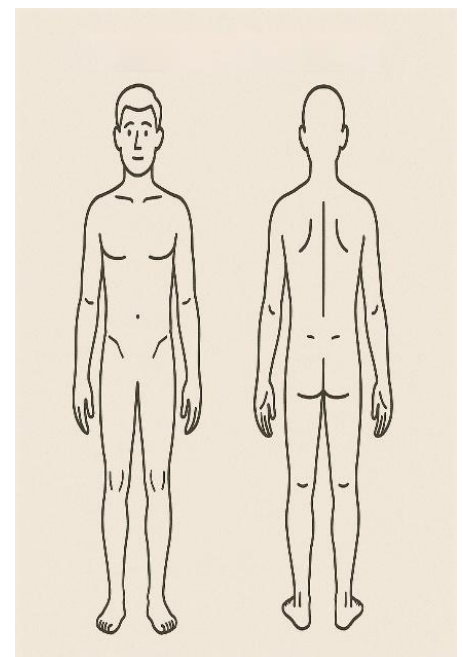
**4. Grunderkrankung/ Operationen?**

**Vom Therapeuten auszufüllen**

**5. Differentialdiagnose**

**6. Nebendiagnosen**

**7. beteiligte Strukturen**



**8. Therapieziel**

Körperfunktion/Struktur

Aktivität

Teilhabe

**9. Therapieplan**

[illegible]