

**Gitte Baumeier**  
**sektoraler Heilpraktiker (Bereich Physiotherapie)**  
**Erich-Neuß-Weg 1 06120 Halle 0345/690 24 96**

---

## Befundaufnahme

Sehr geehrter Patient,

zur effektiveren Befundaufnahme bitte ich Sie die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Straße:

Wohnort:

Tel.nr:

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Treten die Beschwerden hauptsächlich zu einer bestimmten Tages-/Nachtzeit auf? Wenn ja, wann?

Gab es einen auslösenden Anlass? Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Was verbessert Ihre Beschwerden?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Haben sie schon eine Therapie erhalten, um diese Beschwerden zu lindern? Wenn ja, welche?

Bitte geben Sie auf der Skale die Intensität Ihrer **momentanen** Schmerzen an.

kein Schmerz	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	stärkster vorstellbarer Schmerz
-----------------	--	---------------------------------------

Bitte geben Sie auf der Skale die Intensität Ihrer stärksten Schmerzstärke in den letzten 4 Wochen an.

kein Schmerz	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	stärkster vorstellbarer Schmerz
-----------------	--	---------------------------------------

Hat Ihr Arzt eine Diagnose benannt? Wenn ja, welcher Arzt und welche Diagnose?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Bestehen bei Ihnen andere Erkrankungen ? (z.B. Herz-Kreislaufferkrankungen, Entzündungsprozesse, Tumore, Diabetes ect.)

Sind Sie schon einmal operiert wurden?

Jahr	Operation

Leiden Sie unter anderen Beschwerden? (z.B. Kopfschmerzen, häufige Magenverstimmungen, Gallensteine, Taubheitsgefühle, psychische Belastungen o.ä.)

Datum:

Unterschrift (Patient):