



Patient: Alter: Datum PT-Untersuchung:

Ärztliche Diagnose: Physiotherapeut:

PT-Verordnung: Tel. Pat.: (Stand 06.01.2012)

I Orientierende Untersuchung						
Symptome – Wo? – Seit wann? – Wie? – Wann jetzt und wodurch? – Womit verbunden?						
Nachtschmerz: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Intensität: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10						
Symptomauslösende Richtung bzw. Haltung						
Kontraindikationen für größere Bewegung? Nervensystem: – N. ischiadicus – N. femoralis – N. medianus – N. radialis – N. ulnaris – Funktion Organe kleines Becken: – Sonstige (patholog. Reflexe etc.):	Ausgangsstellung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Positiv: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Negativ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gelenkstellung: 	Motorik und Sensibilität: 	Kommentar:
Oberflächliche Palpation	negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/>	Kommentar:				
Sicherheitstests: – A. vertebralis – Traktion C0-C1 – Ligg. alaria – Lig. transversum atlantis – Sonstige:	Ausgangsstellung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Positiv: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Negativ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kommentar: Rot. re.: Rot. li.:		
Aktualität	akut <input type="checkbox"/> (< 6 Wo)	subakut <input type="checkbox"/> (6 – 12 Wo)	chronisch <input type="checkbox"/> (> 3 Mo)	kontinuierlich <input type="checkbox"/>	intermittierend täglich <input type="checkbox"/>	episodenhaft ↕ ↔ selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>
Einschätzung des Umgangs mit dem Schmerz	positiv <input type="checkbox"/>	fraglich <input type="checkbox"/>	negativ <input type="checkbox"/>	sachlich <input type="checkbox"/>	emotional / affektiv <input type="checkbox"/>	Sonstig:
Symptomauslösendes Gelenk						
Allgemeine Beurteilung der Nachbargelenke						
Allgemeine Beurteilung des Patienten (Atmung,...)						
Erwartungen des Patienten an die PT						
II Spezifische Untersuchung des mit den Symptomen korrelierenden Gelenks						
Beweglichkeit						
Struktur						
Verursachende und beeinflussende Zusatzfaktoren						
Zusammenfassung						
Probebehandlung						
PT-Aktualitätsdiagnose						
Einschätzung des Problems nach der ICF (Störung d. ges. Integrität)	Schäden der Körperfunktion bzw. –struktur <input type="checkbox"/>	Störung der Aktivität der Person <input type="checkbox"/>	Störung der Partizipation an den Lebensbereichen mit persönlichen und umweltbedingten Kontextfaktoren <input type="checkbox"/>			

Behandlung						
Behandlung splan mit Behand- lungsziel und Prognose	Behandlungs- aspekt	Behandlungsziel		Behandlungsmaßnahmen <i>therapeutische u. Eigenübungen</i>		Prognose
	Symptome					
	Hypo- mobilitäten: muskulär artikulär neural ...					
	Erhalt der Beweglichkeit					
	Hyper- mobilitäten					
	Gewebever- änderungen					
	Information, Instruktion					
Behandlung mit ständigen Kontroll- tests <i>(bei Platzmangel bitte auf separates Blatt verweisen)</i>	Datum:	Maßnahme:			Kontrolltest(s):	Ergebnis:
Abschluss- unter- suchung Datum: <i>..... (bei Platzmangel bitte auf separates Blatt verweisen)</i>	Kontrolltest(s):	Messung der Eingangs- untersuchung	Messung der Abschluss- untersuchung	negative Verän- derung	unver- ändert	positive Verän- derung
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit des Patienten						
Weitere Empfehlung						

Datum: Unterschrift zuständiger Physiotherapeut:

