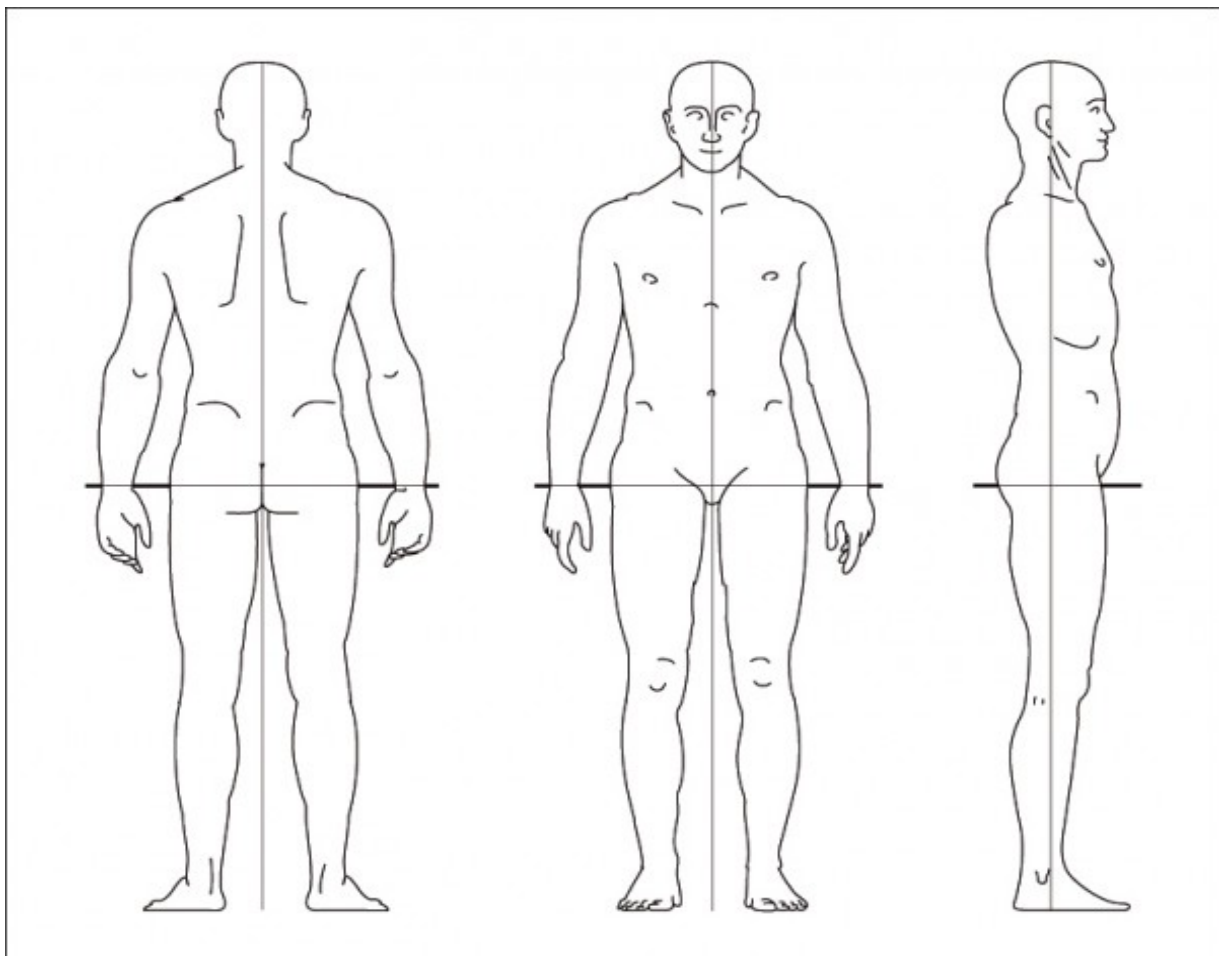


## Befunderfassung Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Beruf	überwiegend sitzend?	Aktive Sportarten

Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Bitte markieren Sie die Stelle, an der Sie Beschwerden haben:



Welche Maßnahmen (z.B. Kälte oder Wärme) tragen zu einer Besserung Ihrer Beschwerden bei?
Welche Maßnahmen (z.B. Kälte oder Wärme) tragen zu einer Verschlechterung Ihrer Beschwerden bei?
Bisher durchgeführte Maßnahmen (z.B. Spritzen oder Akkupunktur):
Wurden Sie jemals operiert? Wenn ja, bitte Zeitpunkt und Art der Operation angeben.
Haben oder hatten Sie zahnorthopädische Behandlungen? (z.B. Spangen, Beißschienen, Implantate)
Benutzen Sie orthopädische oder technische Hilfsmittel? (z.B. Einlagen, Korsett)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift