



Befund und Therapiebericht

Name:	
Geburtsdatum:	. .
Ärztliche Diagnose:	

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Dr.

vielen Dank für die physiotherapeutische Rezeptierung.

Erwartungen von Patient/in

Bisherige Therapiemaßnahmen

Eigenanamnese

Medikamente

Beckenbodenanamnese (Operationen, Geburten, Verletzungen...)

Physiotherapeutische Hypothese

>> ICF orientierte Anamnese zu Körperstruktur/ Körperfunktion

ICF	Anamnese	Befund Datum . .	Befund Datum . .
Schmerz (NRS) Lokalisation		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Lebensqualität		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sensorik	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> nicht intakt		

ICF	Anamnese	Befund Datum	Befund Datum
Atmungs- system		<input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Costoabdominal <input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Sternal <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Costoabdominal <input type="checkbox"/> Abdominal
Urogenital- system	Drangwahrnehmung Drangsymptomatik Dranginkontinenz Belastungsinkontinenz Miktionsfrequenz Trinkmenge Nykturie Vorlagen Gewicht der Vorlage Entleerungsstörung Senkungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ <input type="checkbox"/> 1.° <input type="checkbox"/> 2.° <input type="checkbox"/> 3.° _____ / Tag _____ ml / Tag <input type="checkbox"/> Ja ___ x <input type="checkbox"/> Nein ___ / Tag _____ g <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ <input type="checkbox"/> 1.° <input type="checkbox"/> 2.° <input type="checkbox"/> 3.° _____ / Tag _____ ml / Tag <input type="checkbox"/> Ja ___ x <input type="checkbox"/> Nein ___ / Tag _____ g <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Temporär <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Reduziert <input type="checkbox"/> Nein
Verdauungs- system	Stuhlbeschaffenheit Pressen	<input type="checkbox"/> sehr fest <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> nicht nötig	<input type="checkbox"/> sehr fest <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> nötig <input type="checkbox"/> nicht nötig
Muskelsystem Beckenboden	Kontraktion Relaxation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ermittelt durch: <input type="checkbox"/> Vaginale Untersuchung <input type="checkbox"/> Anorektale Untersuchung <input type="checkbox"/> Paradox <input type="checkbox"/> Schnellkraft _____ <input type="checkbox"/> Ausdauer _____ <input type="checkbox"/> Kraft _____ <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ermittelt durch: <input type="checkbox"/> Vaginale Untersuchung <input type="checkbox"/> Anorektale Untersuchung <input type="checkbox"/> Paradox <input type="checkbox"/> Schnellkraft _____ <input type="checkbox"/> Ausdauer _____ <input type="checkbox"/> Kraft _____ <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> nicht möglich
Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Vaginaltampon <input type="checkbox"/> Analtampon <input type="checkbox"/> Pessar _____	<input type="checkbox"/> Vaginaltampon <input type="checkbox"/> Analtampon <input type="checkbox"/> Pessar _____
Elektrotherapie Biofeedback		<input type="checkbox"/> Biofeedback <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> intrakorporale Sonde <input type="checkbox"/> externe Elektroden	<input type="checkbox"/> Biofeedback <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> intrakorporale Sonde <input type="checkbox"/> externe Elektroden



>> **Aktivität und Partizipation**

Lernen und Wissensanwendungen

- Patient/in integriert das Wissen zum Wirbelsäulen- und Beckenbodenschutz in den Alltag

Interpersonelle Interaktion und Beziehungen

Mobilität / Erziehung / Bildung / Arbeit / Beschäftigung / Soziales Leben

Patient kann beckenbodengerecht und atemsynchron

- Die Lage wechseln Gegenstände tragen

Druckreduzierendes Verhalten wurde vermittelt

- Haushalt Sport Empfehlung _____
 Beruf Hobby _____

Patient/in setzt Drang-Strategien

- um teilweise um nicht um
 Anleitung zur Eigenübung Beratung hinsichtlich der Sexualität

Umweltfaktoren

Sonstiges

Verwendete Assessments

Therapieempfehlungen

Um eine Folgeverordnung wird...

- gebeten nicht gebeten in ca. Monaten gebeten

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung, telefonisch oder per Mail.

Mit freundlichen Grüßen

Praxisstempel