

# GERIATRISCHER BEFUND PHYSIOTHERAPIE

Name Physiotherapeut/in: .....

## ADMINISTRATIVE ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ♀  ♂   
 Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummern: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Versicherung: \_\_\_\_\_ Krankheit  Unfall   
 AHV-Nummer: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt / überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## MEDIZINISCHE ANGABEN

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_ Verordnungsdatum: \_\_\_\_\_  
 Relevante Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_  
 Operationen / Unfälle: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Eigenanamnese  Fremdanamnese

Wieso kommen Sie in die Physiotherapie? Was ist passiert in letzter Zeit?

Was ist das Problem?  
(Aktivität / Partizipation)

Wieso könnte das so sein?  
(Struktur / Funktion)

Was ist ihr Ziel?

**24-STUDEN-PROTOKOLL** *Wie sieht ein üblicher Tag bei Ihnen aus? Ernährung? Aktivitäten? Hobbies? Schlaf? Mobilität? Hilfsmittel? Externe Hilfen?*

Morgens:

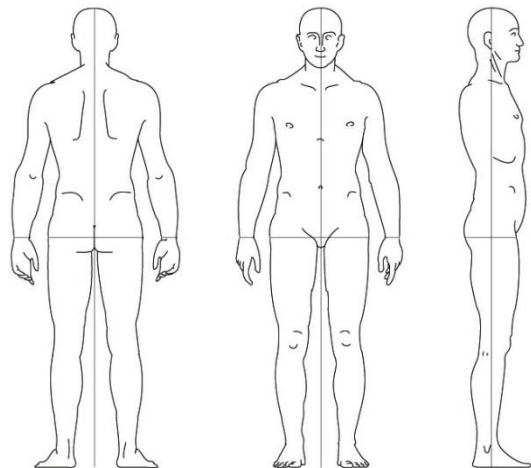
Mittags:

Abends:

Nachts:

**INSPEKTION IN RUHE / FUNKTIONELLE DEMONSTRATION**

**BEFUND** (*Struktur / Funktion*)



|  |  |
|--|--|
| <b>UMWELTBEZOGENE FAKTOREN</b><br><i>fördernde Faktoren (+) /<br/>beeinträchtigende Faktoren (-)</i> | <b>PERSONENBEZOGENE FAKTOREN</b><br><i>fördernde Faktoren (+) /<br/>beeinträchtigende Faktoren (-)</i> |
|--|--|

**PROBLEMANALYSE** (*Partizipation → Aktivität → Funktion → Struktur*)

|                     |
|---------------------|
| <b>THERAPIEZIEL</b> |
|---------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>ASSESSMENTS / VERLAUFSZEICHEN</b> |
|--------------------------------------|