

Einrichtung

## Physiotherapeutisches Schmerzassessment

- Rücken- und Nackenschmerzen -

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Arbeitskreis Schmerz und Bewegung



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Sicherung der Qualität unserer Arbeit und Ihrer Therapie. Wir bitten Sie daher, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Hiermit erteilen Sie uns Ihr Einverständnis zur Abspeicherung Ihrer Daten und diese – bei Bedarf – pseudonymisiert zu Studienzwecken benutzen zu dürfen, sowie zur interdisziplinären Kommunikation (z.B. mit dem Arzt). Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.

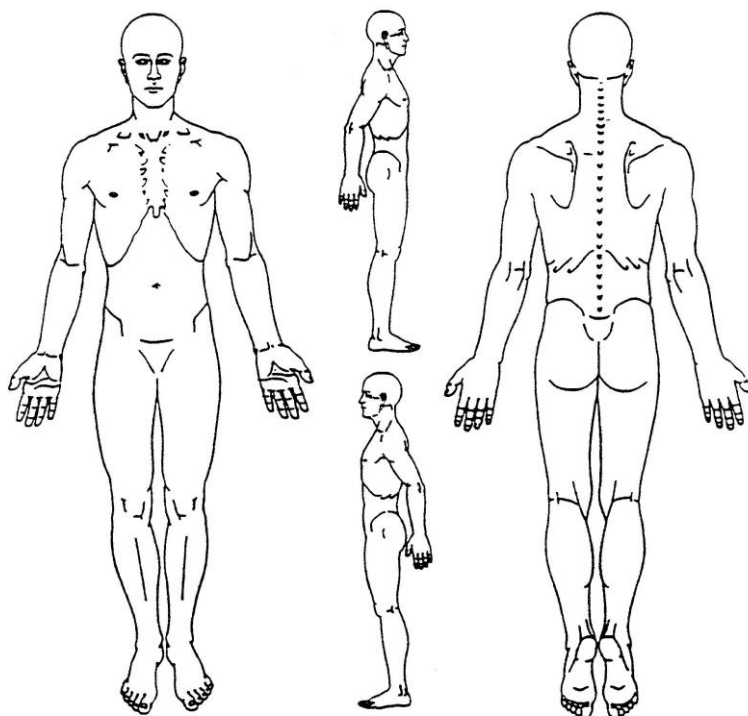
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Körpergröße: m	Körpergewicht: kg
Adresse:		E-Mail:	
		Telefonnummer:	
		Handynummer:	
derzeitige Diagnose(n):		Nebendiagnose(n): Diab. Mellitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Schmerz-Medikamente:		Weitere Medikamente: Blutverdünner <input type="checkbox"/> Betablocker <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Wurden Sie operiert? An welchem Körperteil? Wann?:			
Krankenkasse:	Behandelnder Arzt:	Hausarzt:	
Erlerner Beruf: Aktuelle Tätigkeit:		Freizeit (was, wie oft) Sport (was/wie oft pro Woche):	

**1. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.**



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

---



---



---



---



---



---

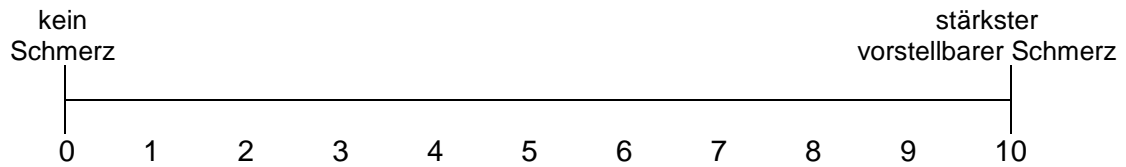


---





b) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:



**7. Was denken Sie über die Ursachen Ihrer Schmerzen?**

**8. Welche Vorbehandlungen haben bereits stattgefunden, und was hat es gebracht (0-10)?**

0 = Gar nichts gebracht  
10 = Sehr viel gebracht

<input type="checkbox"/> Medikamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Physiotherapie (Krankengymnastik)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Operation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**9. Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre Erwartungen und Ziele an die Therapie:**

---



---



---



---



---



## Erfassung von Beschwerden (PDI)

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

**1. Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**2. Erholung** (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**3. Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**4. Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**5. Sexualeben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**6. Selbstversorgung** (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**7. Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

**Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.**

PDI Dillmann, Nilges, Saile, Gerbershagen



## Einstellung zu Schmerzen (TSK – GV-11)

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie Sie selbst zu Ihren Schmerzen stehen.

Bitte geben Sie an, in welchem Maß Sie der vorgegebenen Aussage zustimmen. Bitte kreuzen Sie dafür bei jeder Frage das entsprechende Kästchen an. (Ein Kreuz pro Frage.)

Item	Frage	Überhaupt <b>nicht</b> einverstanden (1)	Mehr oder weniger <b>nicht</b> einverstanden (2)	Mehr oder weniger einver- standen (3)	Völlig einverstan- den (4)
1	Ich habe Angst davor, dass ich mich möglicherweise verletze, wenn ich Sport treibe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wenn ich versuchen würde, mich über die Schmerzen hinwegzusetzen, würden sie noch schlimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mein Körper sagt mir, dass ich etwas sehr Schlimmes habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mein Gesundheitszustand wird von anderen nicht ernst genug genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wegen des Schmerzproblems ist mein Körper für den Rest meines Lebens gefährdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schmerz bedeutet immer, dass ich mich verletzt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Die sicherste Art, zu verhindern, dass meine Schmerzen schlimmer werden, ist einfach darauf zu achten, dass ich keine unnötigen Bewegungen mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich hätte nicht so viel Schmerzen, wenn nicht etwas Bedenkliches in meinem Körper vor sich ginge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Meine Schmerzen sagen mir, wann ich mit dem Training aufhören muss, um mich nicht zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich kann nicht all die Dinge tun, die gesunde Menschen machen, da ich mich zu leicht verletzen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Niemand sollte Sport treiben müssen, wenn er/sie Schmerzen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© TSK-GV. Rusu, A.C.; Kreddig, N.; Hallner, D.; Hülsebusch, J.; Hasenbring, M.I. (2014).



## Physiotherapeutischer Befund

Name:	Vorname:	Datum:
-------	----------	--------

Ergebnisse: Fragebögen			
	<b>Eingangstest:</b> / /	<b>Re-Test:</b> / /	
<b>PDI</b>	_____ (0-100%; 0-70 P.)	_____ (0-100%; 0-70 P.)	
<b>TSK-GV-11</b>	_____ (11-44 P.)	_____ (11-44 P.)	
<b>BPS</b>	_____ (0-15 P.)	_____ (0-15 P.)	
<b>PSFS:</b>			
1) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)	
2) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)	
3) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)	
Red-/Yellow Flags			
Red Flags		Yellow Flags	
<input type="checkbox"/> plötzliche Kreuzschmerzen <20 / >50 J.	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Depressivität	<input type="checkbox"/> Überaktivität
<input type="checkbox"/> Tumor/Metastasen	<input type="checkbox"/> Trauma/Osteoporose	<input type="checkbox"/> Distress	<input type="checkbox"/> passives Schmerzverhalten
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz ↑	<input type="checkbox"/> Katastrophisieren	<input type="checkbox"/> Hilfs-/ oder Hoffnungslosigkeit
<input type="checkbox"/> unerklär. Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Angst-Vermeidungs-Überzeugungen	<input type="checkbox"/> Rentenbegehren
<input type="checkbox"/> Infektion/Entzündung ↑	<input type="checkbox"/> Neurolog. Symptome	<input type="checkbox"/> Dramatisieren	
<input type="checkbox"/> 5 D/3 N (VBI/CAD)			
Spezielle Krankheitsgeschichte			



## Körperliche Untersuchung

### Inspektion

z.B. Haltung (Schonhaltung/Shift /Skoliose/Sonstiges); Beckenstand; Beinachse; Füße; Schultergürtel/Scapula; Kopfhaltung; Narben; Muskelrelief; Atmung; Gangbild

### Provozierende/Problematische Bewegungen

z.B. Bücken, Heben, Transfers, einseitige Belastung, Treppe; Anziehen/Körperpflege; Arbeit/Hobbies

### Palpation (bei Bedarf)

(Muskeltonus, Triggerpunkte, ...)








Funktionsuntersuchung Lenden-Becken-Hüftregion (LBH)				
<b>LWS aktiv</b>	<b>Seitengleich</b>	<b>Eingeschränkt</b>	<b>Grund d. Einschränkung</b>	<b>Bewegungsqualität</b>
	<b>o.B.</b>			
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seitneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
<b>Hüfte aktiv</b>	<b>Seitengleich</b>	<b>Eingeschränkt</b>	<b>Grund d. Einschränkung</b>	<b>Bewegungsqualität</b>
	<b>o.B.</b>			
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Abduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Adduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
A-Rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
I-Rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
<b>Neurodynamik</b>	<b>o.B.</b>	<b>positiv</b>	<b>Anmerkung</b>	
Slump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
PKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
SLR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
Neurologische Untersuchung				
Segment	Kennmuskel	o.B.	MFT-Wert 0-5	Sensibilität (Endpunkte Dermatome)
L 2	M. iliopsoas	<input type="checkbox"/>	_____	Oberschenkel lateral
L 3	M. quadriceps fem.	<input type="checkbox"/>	_____	Knie medial
L 4	M. tibialis anterior	<input type="checkbox"/>	_____	Tibia anterior/Fußrücken medial
L 5	M. ext. hallucis longus	<input type="checkbox"/>	_____	Großzehe
S 1	M. gastrocnemius	<input type="checkbox"/>	_____	Fußrand lateral/Kleinzehe
Grobe Kraft re/li				
<i>(Grobes Screening der Muskelgruppen, ausführliche Tests nur bei relevanten Auffälligkeiten)</i>				
<p><b><u>u.E.:</u></b></p>				
<p><b><u>Rumpf:</u></b></p>				



**Bei Beschwerden im LBH-Bereich**

**Back Performance Scale (BPS)**

Test	Beschreibung	Score Kategorien	Scores
<b>Socken-Test</b> 	Der Patient sitzt auf dem (Behandlungs-)tisch, die Füße kommen nicht auf den Boden. Die Beine werden abwechselnd getestet - der schlechteste Score wird notiert.  Instruktion: <i>Können Sie, wenn Sie ihr Bein anziehen, mit den Fingerspitzen beider Hände ihre Zehen umfassen?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kann die Zehen leicht mit den Fingerspitzen beider Hände umfassen</li> <li>▶ Kann die Zehen kaum mit Fingerspitzen beider Hände umfassen</li> <li>▶ Kommt an den Malleoli vorbei, kann aber die Zehen nicht berühren</li> <li>▶ Kann kaum, wenn überhaupt, die Malleoli berühren</li> </ul>	0 0 1 1 2 2 3 3
<b>Langsitz-Test</b> 	Der Patient liegt auf den Rücken (feste Unterlage).  Instruktion: <i>Können Sie langsam in den Langsitz kommen (Arme entspannt)?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kommt problemlos in den Langsitz</li> <li>▶ Kommt mit deutlicher Anstrengung in den halben Langsitz</li> <li>▶ Kann zwischen Th 8-12 einrollen</li> <li>▶ Kann maximal bis Th8 einrollen (Angulus inferior scapulae)</li> </ul>	0 0 1 1 2 2 3 3
<b>Finger-Boden-Test</b> 	Der Patient steht barfuß am Boden, die Füße sind hüftbreit auseinander und die Knie gestreckt.  Instruktion: <i>Können Sie sich so weit wie möglich mit gestreckten Armen bücken, ohne die Knie zu beugen?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Finger-Boden-Abstand (FBA) 0 cm</li> <li>▶ FBA &gt;0-20 cm</li> <li>▶ FBA &gt;20-40 cm</li> <li>▶ FBA &gt; 40 cm</li> </ul>	0 0 1 1 2 2 3 3
<b>Aufhebe-Test</b> 	Der Patient steht aufrecht. Ein Knäuel Papier wird auf den Boden fallen gelassen.  Instruktion: <i>Können Sie das Papier aufheben? Können Sie es auf verschiedene Arten tun?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kann die Aufgabe leicht und auf 3 verschiedene Arten ausführen</li> <li>▶ Kann die Aufgabe mit etwas Mühe und auf 1-2 verschiedene Arten ausführen</li> <li>▶ Kann die Aufgabe nur mit deutlicher Anstrengung oder einem steifen Rücken ausführen; muss sich eventuell mit der Hand auf dem Oberschenkel abstützen</li> <li>▶ Kann die Aufgabe nicht ausführen oder braucht externe Hilfe</li> </ul>	0 0 1 1 2 2 3 3
<b>Hebe-Test</b> 	Der Patient steht vor einem Behandlungstisch (Höhe 76 cm).  Instruktion: <i>Können Sie während 1 Minute die Kiste mit Sandsack (5 kg) so oft wie möglich vom Boden auf den Tisch stellen und wieder zurück? Sie sind frei in der Art der Ausführung.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aufheben: &gt; 15 Wiederholungen</li> <li>▶ Aufheben: 11-15 Wiederholungen</li> <li>▶ Aufheben: 1-10 Wiederholungen</li> <li>▶ Kann Aufgabe nicht ausführen (=0 Wiederholungen)</li> </ul>	0 0 1 1 2 2 3 3

**Total Score zu Beginn der Behandlung** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Total Score am Ende der Behandlung** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

Aus: Oesch, Hilfiker, Keller, Kool, Luomajoki, Tal-Akabi, Schädler, Verra, Widmer Leu. Assessments in der Rehabilitation - Band 2: Bewegungsapparat. © Hogrefe Verlag 2017. Alle Rechte vorbehalten.

**Begründung des schlechteren Resultats bei Austritt:**

---

**Tragen Sie das Ergebnis bitte am Anfang des Befundbogens ein (Seite 8)!**



**Funktionsuntersuchung Hals-Schulter-Armregion (HSA)**

**Beweglichkeit HWS aktiv**

Flexion: Kinn-Sternum: \_\_\_\_ cm

Extension: Kinn-Sternum: \_\_\_\_ cm

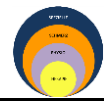
HWS	Seiten gleich/ o.B.	Eingeschränkt	Grund d. Einschränkung	Bewegungsqualität
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seitneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		

**Differenzialdiagnostik HWS bei Bedarf - Therapierelevante Zusatzbefunde**

**BWS / Schultergürtel / Schultergelenke / Kiefergelenke / TOS**



Neurodynamik	o.B.	positiv	Anmerkung	
Slump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
ULNT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
ULNT 2a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
ULNT 2b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
ULNT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	_____	
Neurologische Untersuchung				
Segment	Kennmuskel	o.B.	MFT-Wert 0-5	Sensibilität (Endpunkte Dermatome)
C 5	M. deltoideus	<input type="checkbox"/>	_____	Deltoidansatz, Unterarm radial
C 6	M. supin./pron.teres	<input type="checkbox"/>	_____	Daumenkuppe
C 7	M. triceps brachii	<input type="checkbox"/>	_____	Zeigefingerkuppe
C 8	M. flex./ext. digit.	<input type="checkbox"/>	_____	Kleiner Finger
Th 1	Mm. interossei	<input type="checkbox"/>	_____	Handgelenk ulnar
Grobe Kraft re/li (Grobes Screening der Muskelgruppen, ausführliche Tests nur bei relevanten Auffälligkeiten)				
<p><b><u>o.E.:</u></b></p>				
<p><b><u>Rumpf/WS:</u></b></p>				



Therapierelevante Zusatzbefunde – Alle Regionen			
<p><b>z.B. Kraft, Dehnfähigkeit, Palpation, Sensibilität</b>  <b>Sonstige therapierelevante Zusatzbefunde (z.B. Tiefenstabilisation HWS, ...)</b></p>			
PSFS (Patienten-Spezifische Funktions-Skala)			
<p>„Ich werde Sie bitten, drei wichtige Aktivitäten, welche Sie aufgrund Ihres Problems nicht ausführen können oder bei welchen Sie Schwierigkeiten bei der Ausführung haben, zu identifizieren.            Gibt es heute Aktivitäten, die Sie nicht ausführen können oder bei denen Sie Schwierigkeiten bei der Ausführung haben aufgrund Ihres Problems?“ (Bewertung der <u>Einschränkung</u>, <b>NICHT</b> der Schmerzen).</p>			
<p><b>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</b></p>			
<b>Unfähig, die Aktivität durchzuführen</b>		<b>Kann die Aktivität auf dem gleichen Niveau wie vor der Verletzung / dem Problem ausführen</b>	
Datum:    /    /       /    /			
1) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)	
2) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)	
3) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)	
<i>PSFS: Heldmann, P.; Schöttker-Königer, T.; Schäfer, A. (2015); entwickelt von Stratford, P. (1995)</i>			
Zieldefinition			
<b>Ziel (SMART)</b>	<b>KZZ</b>	<b>LZZ</b>	
A) _____	Bis wann _____	Bis wann _____	
B) _____	Bis wann _____	Bis wann _____	
C) _____	Bis wann _____	Bis wann _____	
Hauptprobleme (bio-psycho-sozial)			
<p>(z.B. Schmerz-/Gewebe-mechanismus; Vermeidungs-/Durchhaltestrategien; Compliance; Zielkonflikt; ...)</p>			
<b>Datum</b>		<b>Unterschrift</b>	



## Verlaufsdokumentation

Datum, Handzeichen	Therapie	Besonderheit



# Ergebnisprotokoll: Physiotherapeutisches Assessment

Patient: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut: \_\_\_\_\_

	<b>Eingangstest:</b> / /	<b>Re-Test:</b> / /
<b>PDI (Pain Disability Index)</b>	_____ (0-100%)	_____ (0-100%)
<b>TSK-GV-11 (Tampa Scale of Kinesiophobia)</b>	_____ (11-44 P.)	_____ (11-44 P.)
<b>BPS (Back Performance Scale)</b>	_____ (0-15 P.)	_____ (0-15 P.)
<b>PSFS (Patienten-Spezifische Funktions-Skala)</b>		
1) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)
2) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)
3) _____	_____ (0-10)	_____ (0-10)

(Min. clin. important change: PDI 8,5-9,5 P.; BPS 3,6 P.; PSFS: 3 P./Item; Min. detectable change: TSK 5,6 P.).

## Ziele des Patienten:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

## Bisherige Maßnahmen:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

## Interpretation und aktuell noch bestehende Probleme:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notwendiger Therapiebedarf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

\_\_\_\_\_