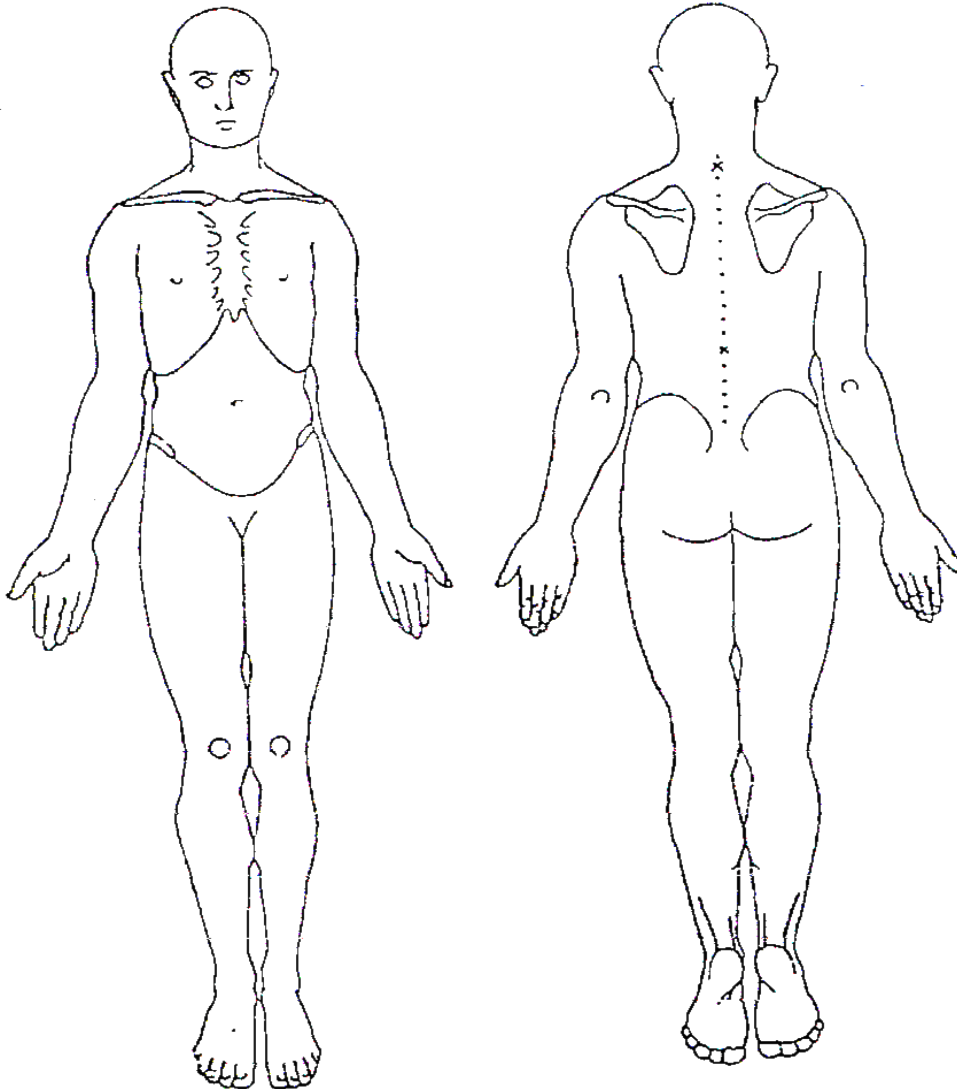


DVMT Fortbildung • Westerstr. 35 • 28199 Bremen  
Tel.: 0421 - 626 74 14 • Fax: 0421 - 626 74 15  
E-Mail: info@dvmtfobi.de

Name: ..... Geburtsdatum: .....  
Beruf: ..... Hobbies/Sport: .....  
Diagnose: .....  
Physiotherapeut: .....  
Datum der Befundaufnahme: .....  
**Hauptproblem:** .....  
.....  
Ziele des Patienten: .....



**Tägliche Aufgaben / Arbeit:**

- Keine Schwierigkeiten 1
- Wenige Schwierigkeiten 2
- Einige Schwierigkeiten 3
- Viele Schwierigkeiten 4
- Nicht möglich 5

**Soziale Kontakte / Hobbies / Sport:**

- Keine Einschränkungen 1
- Geringfügig eingeschränkt 2
- Mässig eingeschränkt 3
- Ziemlich eingeschränkt 4
- Sehr eingeschränkt 5

**KI & Vorsichtsmassnahmen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....