



## 2. Beweglichkeit

Ordnen Sie die Einschränkung Ihrer Beweglichkeit auf einer Skala von 0-10 ein:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0: freie Beweglichkeit			5: mittelstark eingeschränkt					10: völlig unbeweglich		

## 3. Kraft

Ordnen Sie die Einschränkung Ihrer Kraft auf einer Skala von 0-10 ein:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0: sehr kräftig		5: mittelmässig kräftig					10: völlig kraftlos			

Ihre Erwartungen an die Therapie / Was soll besser werden?

---

---

---

---

Vielen Dank, dass Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens Zeit genommen haben. Ihre Rückmeldung ist für uns sehr wichtig!

Katrin Grotefels, dipl. Physiotherapeutin

Anette Iffland, dipl. Physiotherapeutin

**Behandlungsbeginn:** \_\_\_\_\_