

# Befundblatt

## Neuropodologische- Therapiesohlen

Name:

Vorname:

Datum:

Haltungsanalyse/Bewegungsanalyse: ja  nein

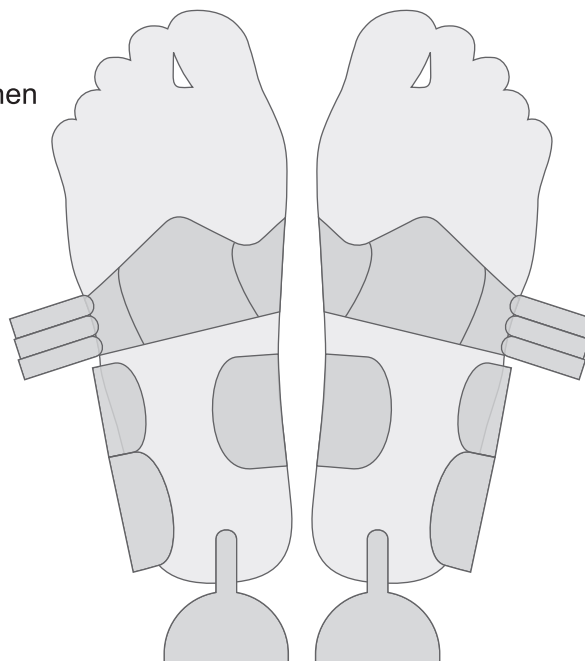
li= linke Seite / re= rechte Seite

<b>Beschwerden:</b>						
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Kopfschmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Schienbeinkante
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Kieferschmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Achillessehne
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	HWS Schmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Sprunggelenk
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	BWS Schmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Fersensporn
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	LWS/ISG Schmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Mortonsche Neuralgie
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Hüftschmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Hallux rigidus
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Knieschmerzen	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	Hallux valgus

<b>Untersuchung</b>					
Kniefalte	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	tiefer	<b>Brandsohlenform / Größe</b>  Sport <input type="radio"/>  Neutral <input type="radio"/>  Finn <input type="radio"/>	
Pofalte	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	tiefer		
SIPS <small>(Becken nach hinten verdreht)</small>	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	tiefer		
SIAS <small>(Becken nach vorne verdreht)</small>	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	tiefer		
Schulterblatt	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	anterior		
	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	posterior		
Kopffrotation:	li <input type="radio"/>	re <input type="radio"/>	eingeschränkt		

Festlegung der Informationen

Vorfußpolster



Erhöhung mm



**MEDICOSMETIC**

kosmetische und medizinische Dienstleistung Hauptstr. 32 • 69245 Bammental • Tel.: 06223/86 71 65