

Befundblatt (Beispiel!) Neuropodologische- Therapiesohlen

Name: **Natalie**

Vorname: **Nowack**

Datum: **20.06.2008**

Haltungsanalyse/Bewegungsanalyse: ja nein

li= linke Seite / re= rechte Seite

Beschwerden:						
	li <input checked="" type="checkbox"/>	re <input checked="" type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	li <input checked="" type="checkbox"/>	re <input checked="" type="checkbox"/>	Schienbeinkante
	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Kieferschmerzen	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Achillessehne
	li <input checked="" type="checkbox"/>	re <input checked="" type="checkbox"/>	HWS Schmerzen	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Sprunggelenk
	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	BWS Schmerzen	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Fersensporn
	li <input checked="" type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	LWS/ISG Schmerzen	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Mortonsche Neuralgie
	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Hüftschmerzen	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Hallux rigidus
	li <input checked="" type="checkbox"/>	re <input checked="" type="checkbox"/>	Knieschmerzen	li <input checked="" type="checkbox"/>	re <input checked="" type="checkbox"/>	Hallux valgus (leicht!)

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

