

ANAMNESE- UND VERLAUFSBOGEN
BEWEGUNGSFÖRDERUNG UND BEWEGUNGSTHERAPIE

ERSTKONTAKT

Sporttherapeut*in _____ Datum _____

Name _____ Geburtsdatum _____ Alter _____

Wohnort _____ Geschwister (Alter) _____

Diagnose(n): _____

Geplante Therapie (Protokoll): _____

Lokalthherapie (geplant) nein ja, welche _____

Aktuelle Einschränkungen _____

Weitere Besonderheiten _____

Interesse am Sportangebote ja nein, weil _____

Einschluss in eine Studie geplant nein ja, _____

Aufklärung geplant von _____ am _____

Hinweis: Starterpaket austeilen! erfolgt

THERAPIEBEGLEITUNG

Sporttherapeut*in _____ Datum _____

Wünsche und Ziele der*des Patient*in (während der Therapie)

Motivation (während der Therapie) hoch durchschnittlich niedrig

Notizen für Verlauf/Änderungen

E-Mail-Adresse zur Planung des Abschlussgesprächs _____

THERAPIEENDE / PLANUNG ÜBERGANG IN DIE NACHSORGE

Sporttherapeut*in _____ Datum _____

Motivation (gegen Ende der Therapie) hoch durchschnittlich niedrig

Planung Sportabschlussgespräch erfolgt geplantes Datum _____