

Dorn - Therapie

Name:
Straße:
Ort:
Telefonnr.:

Datum:

OP:
Frakturen:
Medikamenten:

Krankheitsverlauf:

links		rechts
__ lat __ QF __ DF C1 DF __ QF __ lat __		
__ lat __ QF __ DF C2 DF __ QF __ lat __		
__ lat __ QF __ DF C3 DF __ QF __ lat __		
__ lat __ QF __ DF C4 DF __ QF __ lat __		
__ lat __ QF __ DF C5 DF __ QF __ lat __		
__ lat __ QF __ DF C6 DF __ QF __ lat __		
__ lat __ QF __ DF C7 DF __ QF __ lat __		

_____ TH1 _____

_____ TH2 _____

_____ TH3 _____

_____ TH4 _____

_____ TH5 _____

_____ TH6 _____

_____ TH7 _____

_____ TH8 _____

_____ TH9 _____

_____ TH10 _____

_____ TH11 _____

_____ TH12 _____

_____ L1 _____

_____ L2 _____

_____ L3 _____

_____ L4 _____

_____ L5 _____

_____ ISG _____

_____ S1 _____

_____ S2 _____

_____ S3 _____

_____ S4 _____

_____ S5 _____

Allgemeinbefund:

Test:

Beinlänge: links

_____ CO1 _____

_____ CO2 _____

rechts