

## Bewegungseinschränkungen

Erfasst von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

	Dorsalex / Palmarflex	Supination / Pronation	Radialduktion / Ulnarduktion
Hand rechts	_____	_____	_____
Hand links	_____	_____	_____
Fuß rechts	_____	_____	_____
Fuß links	_____	_____	_____
	Ex / Flex	Supination / Pronation	
Ellenbogen rechts	_____	_____	
Ellenbogen links	_____	_____	
	Ex / Flex	Abd / Add	IR / AR
Schulter rechts	_____	_____	_____
Schulter links	_____	_____	_____
Hüfte	_____	_____	_____
Knie rechts	_____	_____	_____
Knie links	_____	_____	_____
	Ex / Flex	Latflex R / L	Rotation R / L
HWS	_____	_____	_____
BWS	_____	_____	_____
LWS	_____	_____	_____

Anmerkungen