

Name:	Geb. Datum:	Datum:
Tel:		

Neurountersuchungsbogen

1) Diagnose:

2) Neurologische Symptome:

3) Aktueller Verlauf:

4) Langzeitverlauf:

5) Hilfen:

6) Spontanes Bewegungsverhalten:

7)

<u>Medikamente</u>	<u>Allgemeinbefinden</u>	<u>Soziales</u>

Name: Tel:	Geb. Datum:	Datum:
----------------------	--------------------	---------------

8) Sitzen: frei mit Unterstützung : _____

Symmetrie:

Rumpfkontrolle/Aufrichtung:

Kopfkontrolle:

Balance:

9) Stehen: frei sicher unsicher : _____

nicht möglich Einbeinstand L _____ Sek Einbeinstand R _____ Sek

Symmetrie:

Rumpfkontrolle/Aufrichtung:

Kopfkontrolle:

Balance:

Propulsion:

10) Gehen: frei sicher unsicher : _____

Gehhilfe:

Gehstrecke:

Ganganalyse:

11) Feinmotorik:

Name:	Geb. Datum:	Datum:
Tel:		

12) Tonus, Oberflächensensibilität, Schmerzen:

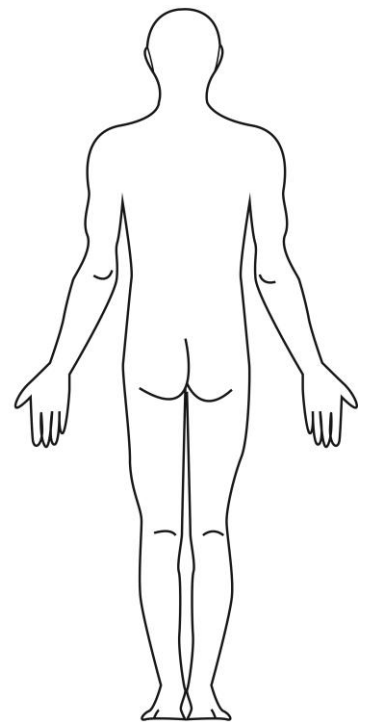
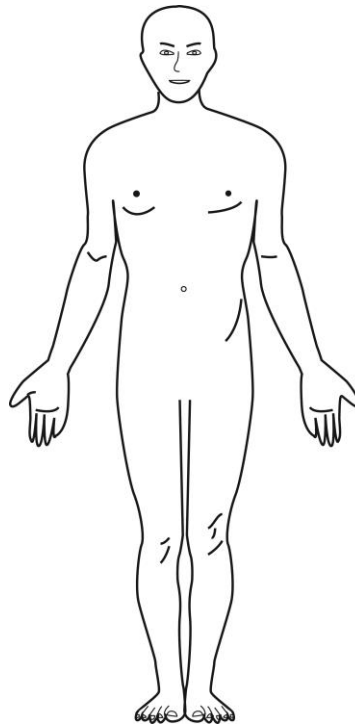
Tonus in Ruhe:

stark hyperton t+++ hypoton t---
 mod. hyperton t++ hypoton t--
 leicht hyperton t+ hypoton t-

Oberflächensensibilität:

sehr erhöht s+++ reduziert s---
 mod. erhöht s++ reduziert s--
 leicht erhöht s+ reduziert s-

Schmerzen



13) Sympt. ↑

Sympt. ↓

14) Schlaf:

15) 24 Stunden:

16) Tonus bei Aktivität:

Name:	Geb. Datum:	Datum:
Tel:		

17)

Bewegungsfähigkeit (passiv)					
LWS/ Becken	Grad / %, Symptome		Hüfte	Grad / %, Symptome	
	R	L		R	L
Flex			Flex		
Ext			Ext		
Kippen ventral			IR		
Kippen dorsal			AR		
LF L			Abd		
LF R			Add		

18) Sensorische Integration:

Taktil:

Propriozeption:

Raum-Lagebewusstsein:

Sehen:

Gehör:

Körperschema:

Name:	Geb. Datum:	Datum:
Tel:		

19) Psychosoziales Verhalten:

20) Sonstiges:

21) Gegenanzeigen/CAVE:

22) Ziele des Klienten/der Familie:

23) Gemeinsam vereinbarte Ziele:

24) Risikoanalyse:

25) Transfer:

26) Pferd:

27) Ausrüstung/Hilfsmittel:

28) Helfer:

Name des untersuchenden Therapeuten

Unterschrift

.....

.....