|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Therapie** | **Übungen** | **Befinden/Schmerzen** | **Beweglichkeit** |
| 1. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 2. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 3. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 4. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 5. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 6. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 7. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 8. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |
| 9. |  |  | SternaugengesichtskonturLächelnde GesichtskonturNeutrale GesichtskonturVerwirrte GesichtskonturWeinende Gesichtskontur |  |

* Weshalb komme ich zur Physiotherapie
* Wann habe ich Schmerzen, bei welchem Verhalten
* Was erwarte ich von der Physiotherapie
* Welche Therapie-Methoden habe ich bereits ausgeschöpft
* Was kann ich persönlich zu einer Verbesserung meiner Situation beitragen und bin ich bereit zu versuchen