



Schmerzfragebogen

Nachname	Vorname	Titel	Geb.datum
Str.	PLZ	Ort	
Beruf	Tel.	Email	
Hausarzt	Krankenvers.		
Wie haben Sie von uns erfahren?			

Ihr akutes Problem in Stichpunkten (Näheres auf Seite 2)	Datum der ersten Symptome
1	
2	
3	
4	

Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

Woran sind Sie bisher operiert worden und wann?

Welche Unfälle hatten Sie und wann?

Gibt es sonst noch Vorerkrankungen, Beschwerden oder alte Verletzungen?

Leiden Sie unter Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Falls ja, unter welchen?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?		



Wann und wie haben Ihre Beschwerden begonnen? Können Sie den Beginn mit einem bestimmten Auslöser in Verbindung bringen?

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Benutzen Sie Hilfsmittel? (bitte ankreuzen)

Orthesen	Einlagen	Knirscherschienen	Gehhilfen	Brille
-----------------	-----------------	--------------------------	------------------	---------------

Sonstige:

--

Bitte bringen Sie zu unserem ersten Termin alle Vorbefunde wie Röntgen- oder MRT-Bilder, Blutwerte sowie Ihre Hilfsmittel mit!

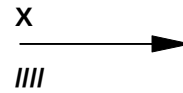


Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.
Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in letzter Zeit am ehesten entspricht:

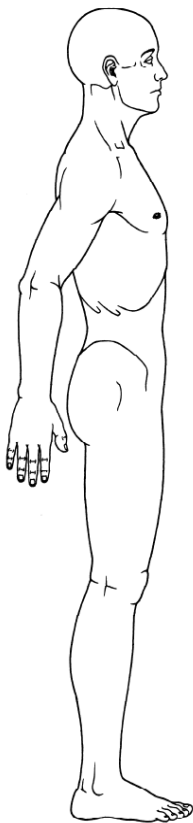


Bitte zeichnen Sie in diese Skizze Ihr „Schmerzbild“ ein:

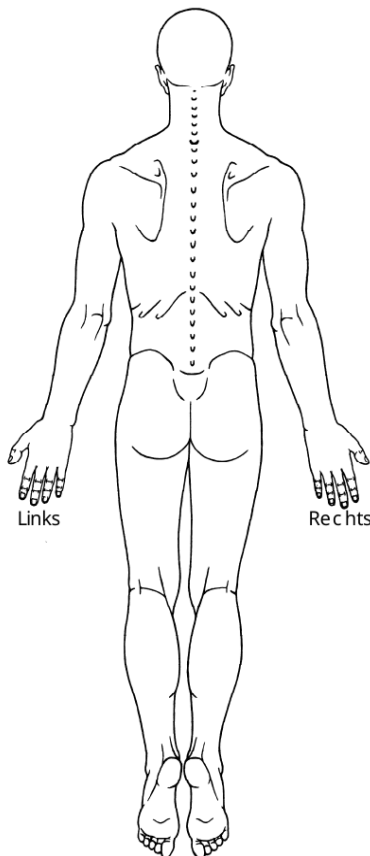
- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10, entsprechend der Skala von oben



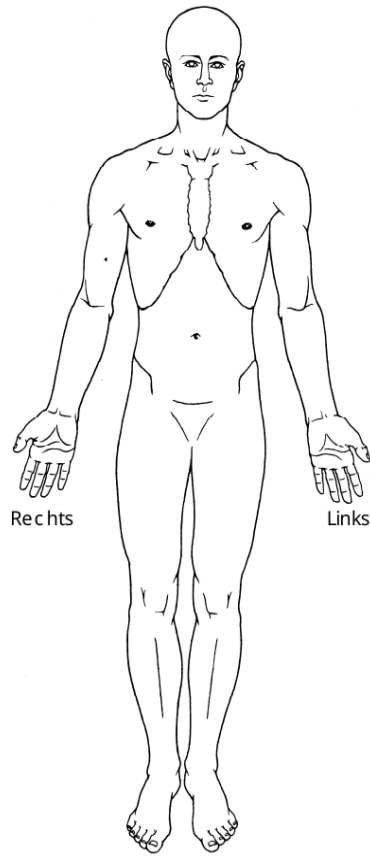
Rechte Seite



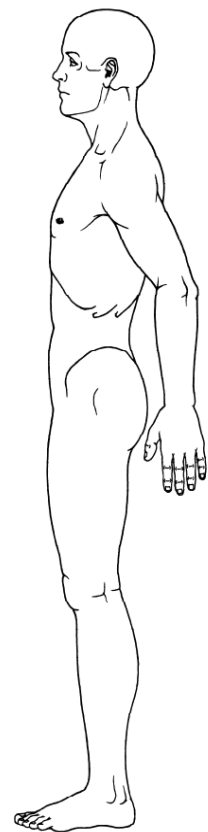
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau in eigenen Worten: