



NAME: _____

Geburtsdatum/Alter: _____

Datum: _____

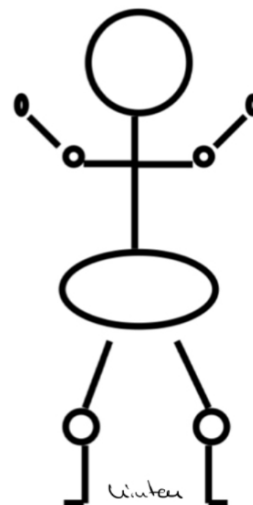
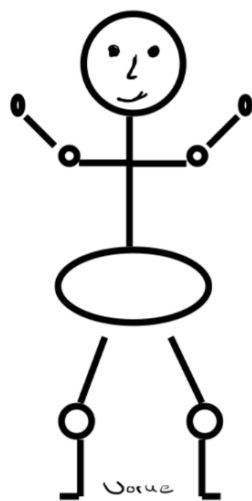
Was ist Ihr größtes Problem z.B. Schmerzen im unteren Rücken

Welche Diagnosen wurden bisher vom Arzt gestellt?

RED FLAGS sind Sie (z.B. Bluter, haben Osteoporose, Angina pect., Herzinsuffizienz)

Nehmen Sie Medikament? Haben Sie Hilfsmittel z.B. Rollator, Stock usw. :

Wo haben Sie überall Probleme/Schmerzen? (Machen Sie an jeder Stelle ein Kreuz!)



Allgemeine Informationen

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert (auch Impalntate oder Zahnbehandlungen) ? Weitere Erkrankungen? Unfälle? Restsymptome?

Welche Therapien (Krankengymnastik usw.) wurden bisher durchgeführt, was für eigene Maßnahmen treffen Sie?

Schmerzanamnese/Problemanamnese

Wo machen sich die Schmerzen/Probleme bemerkbar? Wann haben die Beschwerden begonnen? Was war der Auslöser?

Haben Sie ausstrahlende Schmerzen/Beschwerden??

Schmerzskala - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 wie stark sind die Schmerzen/Beschwerden von 1 leicht-10 stark

Wann treten die Schmerzen/Beschwerden auf? morgens tagsüber abends nachts

Treten die Beschwerden/Schmerzen belastungsabhängig belastungsunabhängig phasenabhängig

Schmerzen/Beschwerden werden ausgelöst, verstärkt oder verringert? Bei (bestimmten) Bewegungen, Besserung?

Wie lange dauern die Beschwerden/Schmerzen an?

Wie fühlen sich die Schmerzen/Beschwerden an? dumpf stechend bohrend ziehend reißend gleichbleibend pochend an- und abschwellend

Sind die Schmerzen/Beschwerden **geringer/schlimmer** geworden? Haben sich die Intervalle verändert? Oder sind Sie Gleichbleibend?

Weiteres was Sie noch berichten können und für Sie wichtig ist, schreiben Sie bitte hier ins Feld!!!!

Wenn Ihnen zu manchen Fragen nichts einfällt, lassen Sie diese einfach weg. Machen wir dann gemeinsam!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!!!