

Praxis am Volksgarten

Mergelstraße 47a, 46119 Oberhausen, Tel.: 0208 610660

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------|------------|
| Nachname: | Vorname: | Titel: | Geb.Datum: |
| Strasse: | PLZ: | Ort: | |
| Telefon(privat): | Telefon(geschäftl.): | Telefax: | |
| Krankenversicherung: | Beruf: | | |
| Wie haben Sie von uns erfahren? | | | |

| Problem | Datum erste Symptome | Derzeitige Symptome |
|---------|----------------------|---------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

Womit wurden Sie bisher behandelt?

Wie viele Ärzte oder Therapeuten haben Sie bisher aufgesucht?

Anzahl:

Woran sind Sie bisher operiert worden?

1. _____ Wann? _____ 2. _____ Wann? _____

3. _____ Wann? _____ 4. _____ Wann? _____

Welche Unfälle hatten Sie?

1. _____ Wann? _____ 2. _____ Wann? _____

3. _____ Wann? _____ 4. _____ Wann? _____

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Welche Medikamente nehmen Sie?














Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

0 = „kein Schmerz“,

5= „Erträglichkeitsschwelle“,

10=„stärkster vorstellbarer Schmerz“

(bitte nur einen Kreis markieren)

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

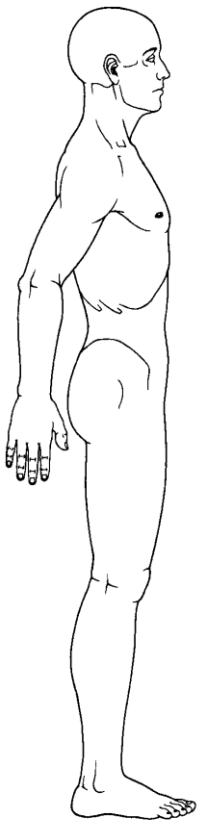
Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen X

Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen

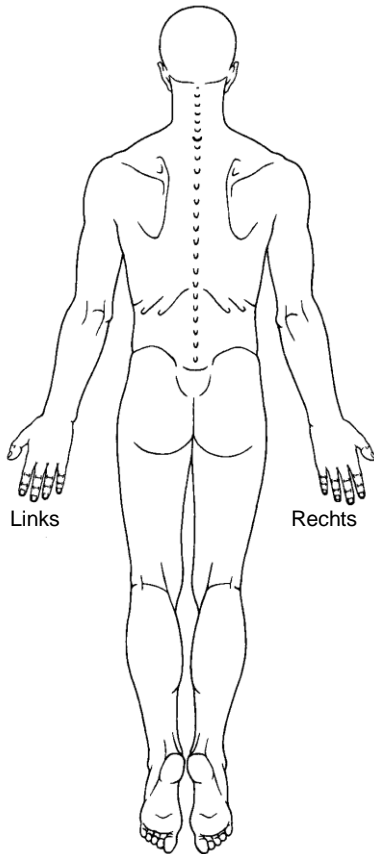
Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden /////

Bezeichnen Sie die für Sie schlimmsten Schmerzen in der Zeichnung mit einer „1“, die zweitschlimmsten mit einer „2“ und so weiter mit „3“, „4“...

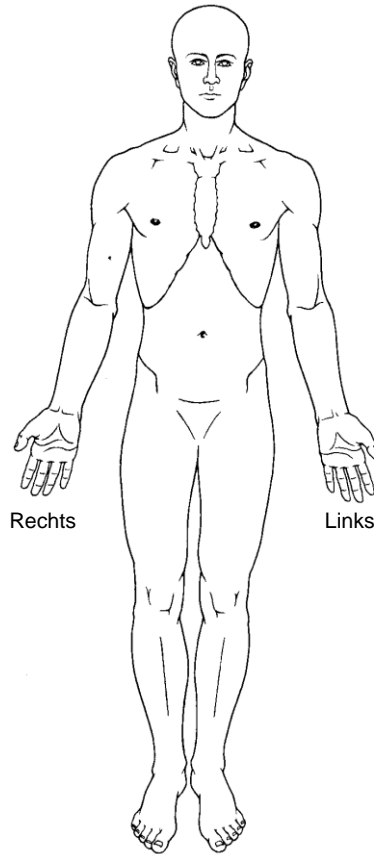
Rechte Seite



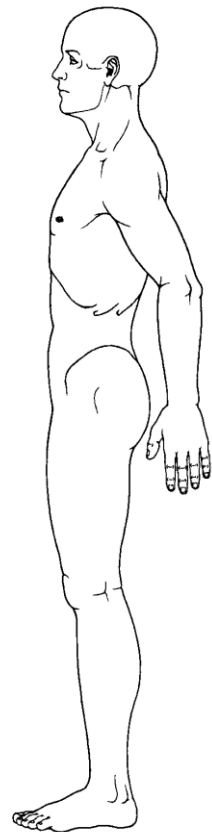
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |