

Name: _____

Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie gewissenhaft die folgenden Fragen um die Ursachen Ihrer Beschwerden zu erkennen und deren Behandlung umfassender vorzubereiten.

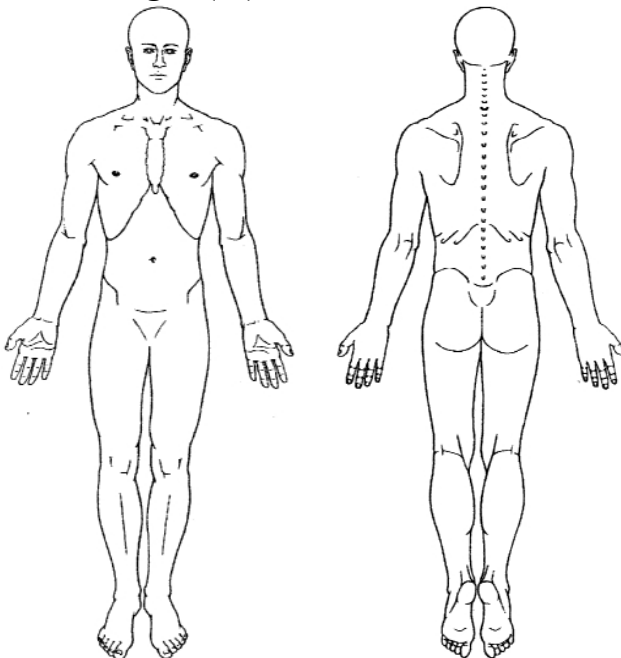
Hausarzt: _____

Facharzt: _____

AU seit: _____ EU seit: _____

schwerbeschädigt: _____ % Berentung: _____

Markieren Sie bitte auf der Zeichnung Ihre Problemregion(en).



Seit wann bestehen die Beschwerden?

__ Tagen __ Wochen

__ Monaten __ Jahren

Welche Schmerzstärke besteht zurzeit?

keine-----stärkste

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

Wann sind die Beschwerden am Stärksten?

<input type="radio"/> morgens	<input type="radio"/> bei der Arbeit
<input type="radio"/> mittags	<input type="radio"/> bei Bewegung
<input type="radio"/> nachmittags	<input type="radio"/> in Ruhe
<input type="radio"/> abends	<input type="radio"/> an freien Tagen
<input type="radio"/> nachts	<input type="radio"/> immer

Was bessert die Beschwerden?

<input type="radio"/> Kälte	<input type="radio"/> Wärme
<input type="radio"/> Ruhe	<input type="radio"/> Bewegung

Was verschlimmert die Beschwerden?

<input type="radio"/> Kälte	<input type="radio"/> Wärme
<input type="radio"/> Ruhe	<input type="radio"/> Bewegung

Art der Schmerzen

<input type="radio"/> stechend	<input type="radio"/> brennend
<input type="radio"/> messerartig	<input type="radio"/> wie Feuer
<input type="radio"/> kribbelnd	<input type="radio"/> lähmend
<input type="radio"/> wechselnd	<input type="radio"/> blitzartig
<input type="radio"/> schleichend	<input type="radio"/> immer
<input type="radio"/> bohrend	<input type="radio"/> krampfartig
<input type="radio"/> pulsierend	<input type="radio"/> drückend

Begleiterscheinungen

<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Depression
<input type="radio"/> Harndrang	<input type="radio"/> Schwindel
<input type="radio"/> Ohrgeräusche	<input type="radio"/> Erbrechen
<input type="radio"/> Schwäche	<input type="radio"/> Taubheit

Welche Medikamente nehmen Sie ein (auch nicht vom Arzt verordnete Medikamente).

ASS Marcumar Blutverdünnung

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Allergie/Unverträglichkeiten:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Entzündung |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Blasenschwäche | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |

Welche Operationen sind bei Ihnen durchgeführt worden?

Art

Wann?

Welche Röntgenuntersuchungen, MRT, Szintigraphie, etc. wurden bereits durchgeführt?

Besonderheiten:

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden:

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Bewertungsportal Jameda, DocInsider,...
<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Arzt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie erklären sich einverstanden, erhobenen Befunde und Therapieempfehlungen an den überweisenden oder mitbehandelnden Arzt bzw. Hausarzt in mündlicher oder schriftlicher Form weiterzugeben.

Ich bin mit diesem Vorgehen einverstanden und habe **keine/folgende** Frage.

Datum

Unterschrift