

Anamnese - Schmerzfragebogen

Karlstraße 1
89231 Neu-Ulm

Mobil: 0160. 348 35 61

E-Mail: mail@iris-dier.de

Web: www.iris-dier.de

Lieber Patient, liebe Patientin,

um Sie optimal behandeln zu können, Missverständnisse zu vermeiden und Zeit beim ersten Termin einzusparen, benötige ich vor der ersten Behandlung einige Angaben zu Ihrer Person und Schmerzgeschichte.

Füllen sie VOR Ihrem ersten Termin diesen Anamnesebogen aus und senden Sie diesen bitte per Post oder E-Mail an mich.

NAME

VORNAME

STRASSE / HAUSNR.

PLZ / ORT

BERUF

GEBURTSTAG

TEL MOBIL

TEL FESTNETZ

E-MAIL

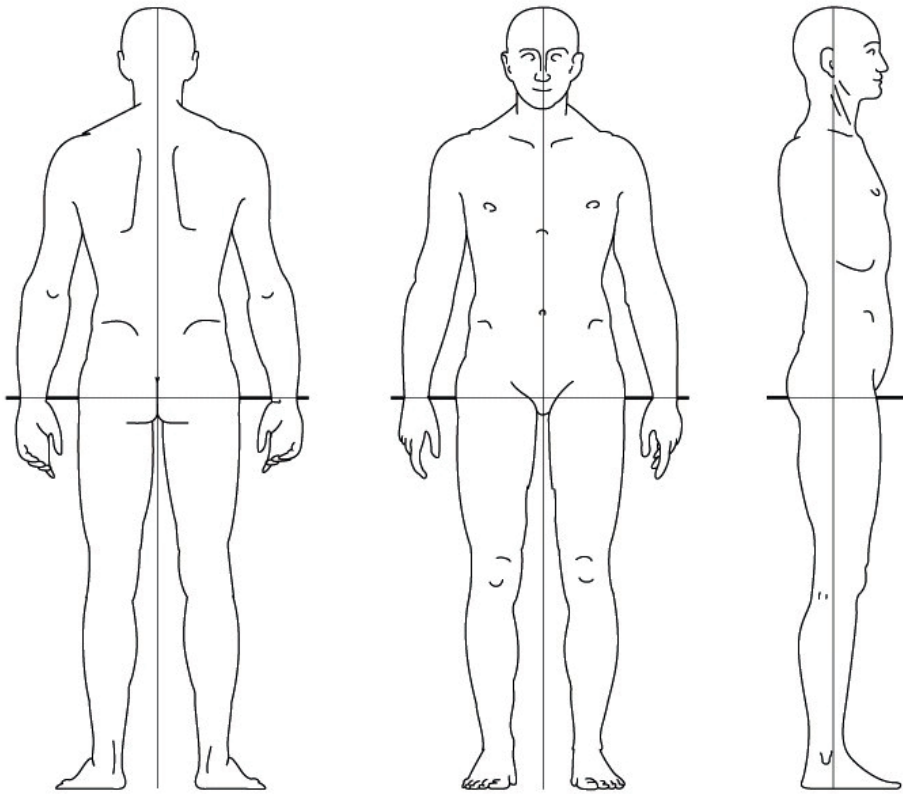
Was erwarten Sie von dieser Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Betreiben Sie Sport, Krafttraining, Ausdauer, Dehnung?

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen.

Kreuz - punktförmiger Schmerz
Linie - unklarer Schmerz
Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Wenn Sie mehrere Schmerzzustände haben,
nummerieren Sie diese bitte auf dem Bild nach Dringlichkeit .
z. B. Schulter 1, Rücken 2, Großzeh 3, usw.



Schmerzsкала für den Hauptschmerz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
schwach			mittel				stark		

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener, ...

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend, ...

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, ...

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, ...

Andere Symptome zum Schmerz? Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörung, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, ...

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Auch Nahrungsmittelergänzung angeben.

Wann war Ihre letzte Impfung? Welche Impfung haben Sie bekommen? Wie haben Sie diese vertragen?

Chronologische Krankheitsgeschichte. Bitte erfassen Sie bisherige Erkrankungen und Operationen.

DATUM

UNTERSCHRIFT