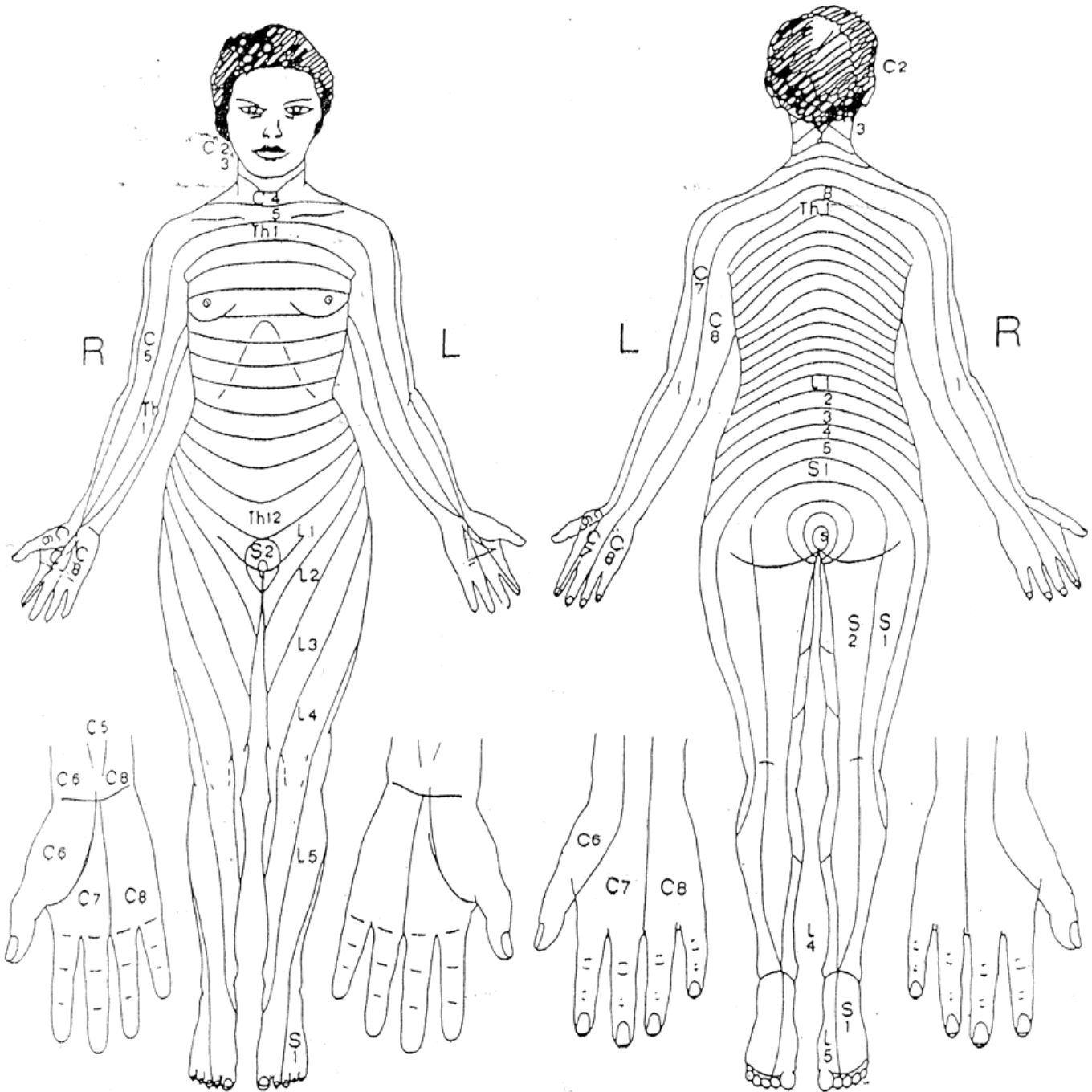


Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte Zeichnen Sie **genau** Ihren Schmerzbereich ein (Projektion auf Haut-Areale)  
und beachten Sie bitte Körpervorderseite bzw. -Rückseite und die dazugehörige Seitenbezeichnung.

Es kann sich dabei um lokale Schmerzen u./o. ausstrahlende Schmerzen handeln.



Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

- Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule?
- lokal
  - ohne Ausstrahlung
  - mit geringer Ausstrahlung (z.B. neben die Wirbelsäule)
- ausstrahlende Schmerzen (in Arm oder Bein)

**Bitte auf Rückseite die schmerzenden Bereiche genau einzeichnen!**

Seit wann bestehen die Schmerzen? \_\_\_\_\_

Sind die Beschwerden akut aufgetreten?  Ja  Nein  
Oder haben sich die Beschwerden akut verschlimmert?  Ja  Nein

Wodurch werden die Schmerzen schlimmer?

<input type="checkbox"/> Bewegung	<input type="checkbox"/> Haltung	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Kälte
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Wodurch werden die Schmerzen verbessert?

<input type="checkbox"/> Bewegung	<input type="checkbox"/> Haltung	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Kälte
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt? (Facharzt / Krankengymnastik / Schmerzmittel/...)

oder: \_\_\_\_\_

Gibt es begleitende Empfindungsstörungen?

<input type="checkbox"/> Taubheit	<input type="checkbox"/> Kribbeln	<input type="checkbox"/> Kältegefühl	<input type="checkbox"/> Wärmegefühl	<input type="checkbox"/> Ameisenlaufen
<input type="checkbox"/> Brennen	<input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit			

Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule oder wegen Ihren Schmerzen operiert?  Ja  Nein

Wenn ja was? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie den aktuellen Schmerzgrad in der Skala ein:

* keine Schmerzen										* stärkste vorstellbare Schmerzen
0 *	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 *