

## Patientenfragebogen

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorweg einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einige Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit der Beantwortung mit Ihrem Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Sie bei uns ausgehangen vorfinden.

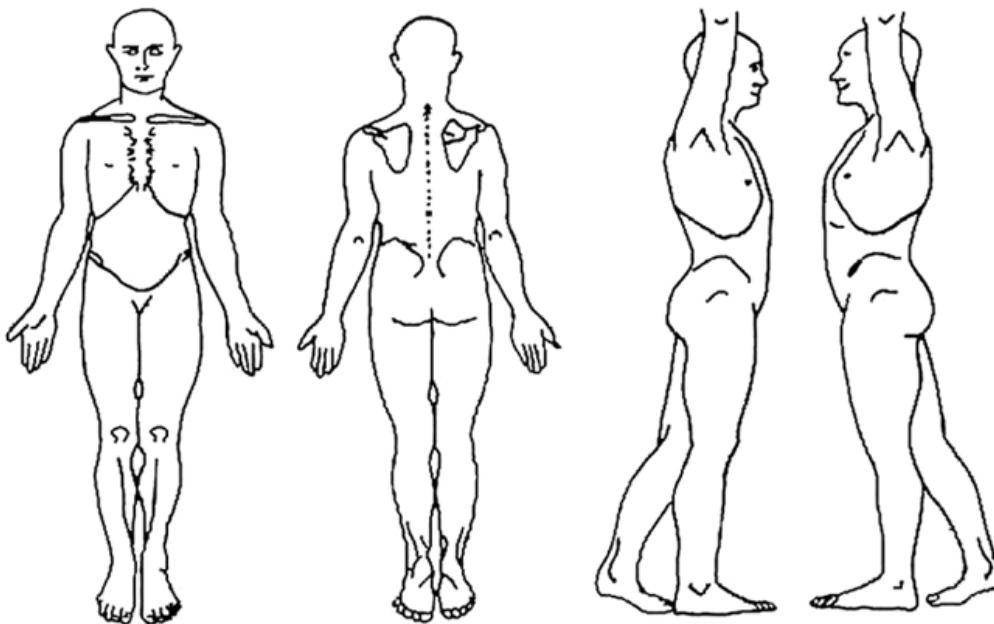
Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Wo haben Sie Schmerzen?

Kurze Schmerzschilderung

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Stellen Ihre Schmerzen auftreten.



Seit wann bestehen die Schmerzen?

\_\_\_\_\_ Tage(n) \_\_\_\_\_ Woche(n) \_\_\_\_\_ Monate(n) \_\_\_\_\_ Jahr(en)

Wie oft treten die Schmerzen auf?

0 einmal täglich 0 mehrmals täglich 0 mehrmals wöchentlich

Wann treten die Schmerzen auf? (mehrere Antworten möglich)

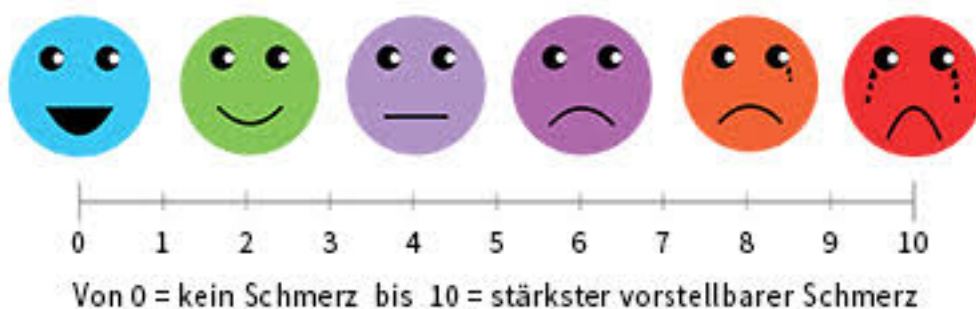
0 Ruheschmerz 0 Belastungsschmerz 0 Schmerzattacken 0 Dauerschmerz

Wie lange dauern die Schmerzen jeweils an?

\_\_\_\_\_ Sekunden \_\_\_\_\_ Minuten \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ Tage

Schmerzstärke

Wie stark sind Ihre Schmerzen durchschnittlich?



Wie war der Verlauf Ihrer Schmerzen in den letzten 4 Wochen?

Auftreten: 0 selten 0 gleichbleibend 0 häufig

Intensität: 0 schwach 0 gleichbleibend 0 stark

Spüren / Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter ... (bitte ankreuzen)

	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
... eine leichte Berührung/ leichten Druck?						
... ein Brenngefühl?						
... ein Kribbel-/ Prickelgefühl?						
... blitzartige/ elektrisierende Schmerzattacken?						
... Kälte/ Wärme als schmerzhaft?						
... ein Taubheitsgefühl?						

Wo / Wann empfinden Sie Ihre Schmerzen besonders belastend?

in Ruhe    bei Wärme    im Schlaf    beim Spazieren gehen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre persönliche Stimmungslage? (unabhängig von Schmerzleiden)

ich bin gestresst    ich fühle mich niedergeschlagen    mir geht es gut

Sind Sie derzeit in Schmerzbehandlung?

medikamentös    nicht medikamentös    nein

Welche(s) Medikament(e) nehmen Sie gegen Ihre Schmerzen ein?

Medikamente: \_\_\_\_\_ regelmäßig    bei Bedarf

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges: