

Name _____ geb. _____ Datum _____

Welche Beschwerden haben Sie? _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Bitte geben Sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) – 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten ...

zugenommen abgenommen gleichgeblieben ständig da zeitweise spürbar nicht akut

Wie fühlt sich der Schmerz an?

stechend, hell dumpf pochend krampfend ziehend verbunden mit Kribbeln Schwere
 Brennen taub verbunden mit Steifigkeit diffus / unklar

Gibt es Faktoren, die Einfluss auf Ihre Beschwerden haben? ja nein

Wenn ja, schlechter bei:

Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Stress

sonstiges _____

Wenn ja, besser bei:

Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Ablenkung

sonstiges _____

Können Sie die Schmerzen provozieren? ja nein

Wenn ja, wie? _____

Haben Sie Schmerzen beim Husten / Niesen / Pressen? ja nein

Haben Sie Kraftverlust in den Gliedern? ja nein

Haben Sie Taubheit in den Gliedern? ja nein

Wurden bisher Maßnahmen der Diagnostik und Therapie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche?

Röntgen CT Kernspin (MRT) Spritzen Massage Physiotherapie

sonstiges _____

Schlafverhalten – Haben Sie Schlafprobleme? ja nein

Wenn ja, welche?

kann nicht gut einschlafen werde häufiger wach massive Schmerzen (ca. 3 – 4 Uhr) in der Nacht

Haben Sie in den letzten Wochen ungewollt an Gewicht verloren? ja nein

→ bitte wenden

Haben Sie Beschwerden im Hals-Nasen-Ohren Bereich? Vorherige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Sprachprobleme Schluckbeschwerden Schwindel Ohrgeräusche
 sonstiges _____

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, Anzahl der Zigaretten am Tag _____

Haben Sie Herz-Kreislaufbeschwerden? ja nein

Wenn ja, welche?

Bluthochdruck niedriger Blutdruck Krampfadern o gestaute Beine, Thrombosen, Embolien
 Herzinfarkt Herz-OP Schlaganfall o sonstiges _____

Haben Sie Nebenerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Rheuma Osteoporose Diabetes Asthma Schilddrüsenerkrankung
 Tumore _____ o sonstiges _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Blutverdünner, welche? _____ Kortison o Magensäurehemmende Mittel
 Schmerzmittel, welche? _____ o Betablocker

Sind Sie schon einmal operiert worden? ja nein

Wenn ja, wann und welche Operationen wurden durchgeführt?

Haben Sie Probleme im Verdauungsapparat? ja nein

Wenn ja, welche?

Blähungen Völlegefühl Krämpfe Verstopfung Durchfall Sodbrennen
 Nahrungsmittelallergie Nahrungsmittelunverträglichkeit o Sonstiges _____

Haben Sie urologische Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche?

o Blasenprobleme, welche? _____ o Probleme beim Wasser lassen / halten
 o Prostata

Beruf: _____

Sport: _____

Hobbys: _____