

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: Private KV , Beihilfe , Zusatzversicherung , Selbstzahler/in

Familiäre Situation:

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder/Alter: _____

Zu pflegende Menschen: _____, Zeitaufwand: _____

Körperliche Belastung: Ja O, welche _____
Nein O

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja O
Nein O

Berufliche Situation:

Beruf: _____ Wochenarbeitszeit: _____ Schicht: _____

Körperliche Belastung: Ja O, welche _____
Nein O

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja O
Nein O

Freizeit Situation:

TV- Stunden / Tag _____, PC- Std. pro Tag _____, Smartphone- Stunden / Tag _____

Freizeitaktivitäten: _____ Stunden / Woche _____

Allgemeine Angaben

Größe: _____, **Gewicht:** _____, **Puls:** _____, **Blutdruck:** _____,

Kreislaufbeschwerden: ja nein Wenn Ja, wann? _____

Cholesterin: _____

Osteoporose/ Knochendichte: _____

Größe: _____, **Gewicht:** _____, **Puls:** _____, **Blutdruck:** _____

Kreislaufbeschwerden: ja , nein Wenn Ja, wann? _____

Allergien: _____

Zahnersatz: _____ **Material:** _____

Füllungen: _____ **Material:** _____

Amalgam Entfernung: ja , nein ,

Wenn Ja, wurde eine **Ausleitung** durchgeführt? ja , nein

Trinkmenge: Gesamt: _____ L/Tag, Kaffee: _____ L/Tag,

Wasser: _____ L/Tag, zuckerhaltige Getränke: _____ L/Tag, Alkohol: _____ L/Tag

Verdauungsbeschwerden: ja , nein wenn ja, welche? _____

Beschwerden mit Stuhlgang und /oder Wasserlassen? _____

Schlaf: _____ Stunden pro Nacht, _____ Stunden tagsüber

Nach dem Schlaf bin ich: erholt nicht erholt

Regelbeschwerden: ja , nein wenn ja, welche? _____

Besonderheiten meiner Geburt: _____

(Kaiserschnitt, Steißlage, Saugglocke, etc.)

Hilfsmittel: _____

(Einlagen, Korsett, Bandagen, Brille, Hörgerät, Stock, etc.)

Operationen (Z.B. Herz, Bandscheibe, etc.)	Datum der Operation	Welche Restbeschwerden bestehen noch? Welche Beschwerden traten danach auf?

Zur Zeit bestehende Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Diabetes, etc.)	Seit wann bestehend	Welches Medikament nehmen Sie dafür ein?

Folgendes trifft auf mich zu:		ja	nein
1.	Nachtschweiß		
2.	Länger bestehendes unerklärtes Fieber		
3.	Aktueller unerklärbarer Gewichtsverlust (mehr als 5 KG im Monat)		
4.	Kortison oder kortikosteroide Medikamente über längere Zeit genommen		
5.	Konstanter Schmerz, der sich nicht verändert durch Ruhe oder Positionsveränderung		
6.	Krebs in der Vorgeschichte, HIV, Immunschwäche durch Medikamente		
7.	Infektion zur Zeit oder vor kurzem		
8.	Allgemeines Unwohlsein		
9.	Nächtliche Schmerzen		
10.	Gefühlsverlust, Kraftverlust		
11.	Zeckenbiss		

Weitere Krankheiten in der Vergangenheit: _____

Familiäre Erkrankungen:

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Grund der Konsultation:

Schmerzangaben

Bitte geben Sie zuerst die vorrangigen, am meisten belastenden Schmerzen an und die am wenigsten belastenden Schmerzen als letztes.

Aktuelle Schmerzen, Region I:

Wo? _____ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? _____

Wodurch ausgelöst? _____

Wann oder wobei treten sie auf? _____

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

Aktuelle Schmerzen, Region II:

Wo? _____ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? _____

Wodurch ausgelöst? _____

Wann oder wobei treten sie auf? _____

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

Aktuelle Schmerzen, Region III:

Wo? _____ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? _____

Wodurch ausgelöst? _____

Wann oder wobei treten sie auf? _____

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? _____

(Sollten Sie aktuell in weiteren Regionen Schmerzen haben, so führen Sie diese bitte zusätzlich auf.)

Schmerzzeichnung

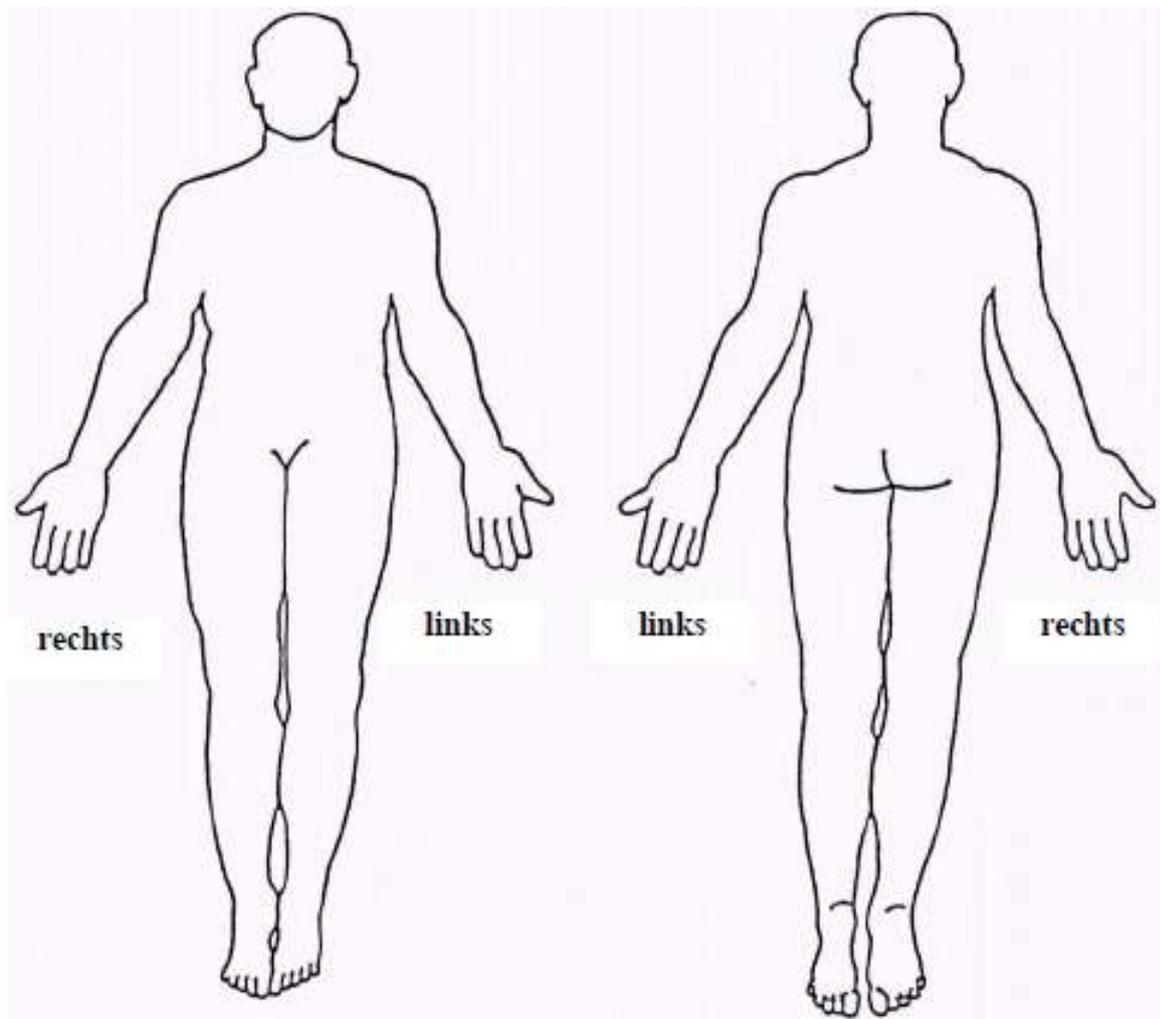
Markieren Sie bitte in der folgenden Zeichnung **umrandet und schraffiert**, wo sie die **aktuellen Schmerzen** haben.

Taubheit markieren Sie bitte **nur umrandet**.



vorne

hinten



Schmerzintensität (11 Punkte NRS)

Bitte tragen Sie die aktuellen Schmerzintensitäten der Regionen I-III mit I, II, III in die Tabelle ein.

keinerlei
Schmerz

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stärkster Schmerz, den
ich mir vorstellen kann

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beschwerden im Bereich des Kopfes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Haare |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Augen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Nase /Nasen-,Stirnhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus /Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Mund |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Rachen Tonsillitis |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich der Arme / Hände:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich der Beine / Füße:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich des Brustkorbs:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Engegefühl |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich des Oberbauches:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Beschwerden im Bereich des Unterbauches/Unterleibes:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Kurze Beschreibung: _____

Bitte verwenden Sie für weitere wichtige Informationen ein Extrablatt.