



# PATIENTENERFASSUNGSBOGEN

Name, Vorname  Krankenkasse  Geburtsdatum

## PERSÖNLICHE DATEN

Adresse  E-Mail-Adresse  Telefon (Arbeit/Privat/Handy)

## SOZIALE DATEN

Ausbildung/Beruf  Aktuelle Tätigkeit  Arbeitssuchend seit

<b>Körperliche Belastung</b>	<b>Sozialstatus</b>	<b>Meine sportlichen Aktivitäten</b>
<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Eigene Kinder im Haushalt
<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> EU-Rente	<input type="checkbox"/> Alleinstehend
<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> GdB	<input type="checkbox"/> Hilfe durch Partner/Kinder

## ÜBERWEISUNGSDATEN

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Psychologe/Psychiater	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Internist/Kardiologe	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>

## VOROPERATIONEN/ IMPLANTATE IM KÖRPER

<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schulter	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfälle/Frakturen	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>

## MEDIZINISCHE DATEN

Größe (in cm)  Gewicht (in kg)

<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen/ Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Andere				
<input type="checkbox"/> Blutverdünner	<input type="checkbox"/> Insulin				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporose				
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Bechterew				
<input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Rheuma/ Arthritis					

	Kopf	HWS	BWS	LWS
MRT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Röntgen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SCHMERZMITTEL/ LETZTE DOSIERUNG

Welche Art von **Physiotherapie** erhielten Sie im letzten halben Jahr?

Krankengymnastik  Manuelle Therapie  Injektionen Therapie  Chiropraktisches Einrenken

# PATIENTENERFASSUNGSBOGEN

Name, Vorname  Krankenkasse  Geburtsdatum

## SCHMERZINTENSITÄT

Ich habe aktuell Schmerzen, mein Hauptschmerz ist (Wenn Sie keine Schmerzen haben, bitte frei lassen)

HWS (Kopf, Nacken, Schultern, Arm, Hand)

LWS (Kreuz, Gesäß, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß)




BWS (Tiefer als Schulterblätter)

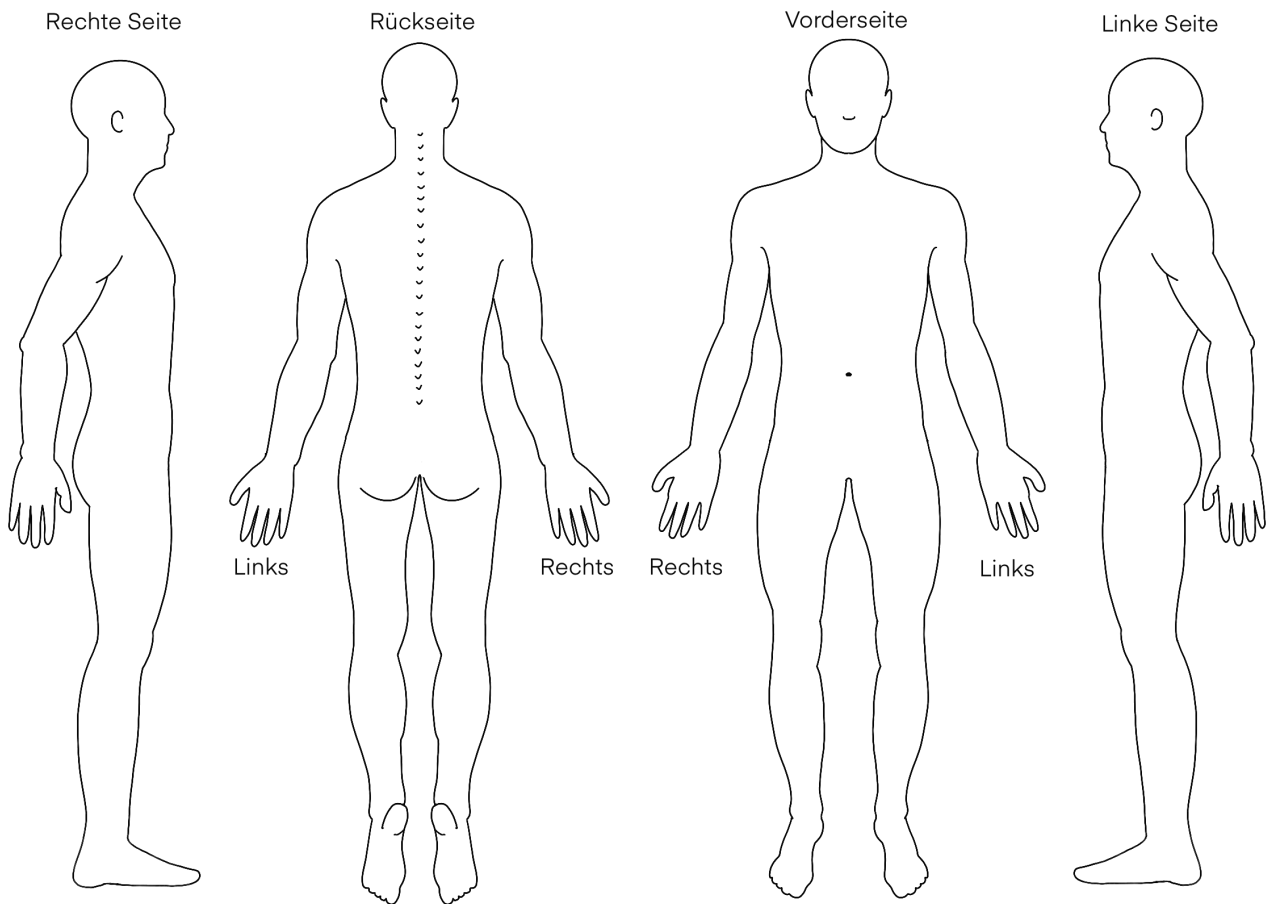
## TRAGEN SIE HIER BITTE DIE INTENSITÄT IHRER HAUPTSCHMERZEN EIN.

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:


 1
  2
  3
  4
  5
  6
  7
  8
  9
  10
 
 0 = „Kein Schmerz“  
 5 = „Erträglichkeitsschwelle“  
 10 = „stärkster vorstellbarer Schmerz“

## BITTE ZEICHNEN SIE IN DIESE SKIZZEN IHR „SCHMERZBILD“ EIN:

- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen 
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen 
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden 
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10 nach der Intensität der letzten Tage (wie oben)



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten (Dauerschmerz, mehrfach kurz, wie oft täglich?)

Datum/Unterschrift

Empfohlen von