



Zusatzfragebogen zu Beschwerden und Schmerzen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Befunderstellung und besseren Interpretation benötigen wir von Ihnen einige Informationen.
Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus.

Was ist ihr aktueller und ggf. früherer Beruf?

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Seit dem ____ o Seit ____ Tagen o Seit ____ Wochen o Seit ____ Jahren o

Wie oft treten diese Beschwerden auf?

Falls Sie Schmerzen haben: Wie stark ist der Schmerz ausgeprägt (Ihre persönliche Einschätzung)?

Kein Schmerz

Schlimmster vorstellbarer
Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Zur besseren Lesbarkeit sprechen wir Sie an, auch wenn die Untersuchung bspw. bei Ihrem Kind durchgeführt werden soll, und verwenden bei Berufs- oder Personenbezeichnungen teils ausschließlich die maskuline Form.

Wie haben sich die Beschwerden zuletzt entwickelt?

Zunehmend o

Abnehmend o

Gleichbleibend o

Gibt es eine Ursache für die Beschwerden?

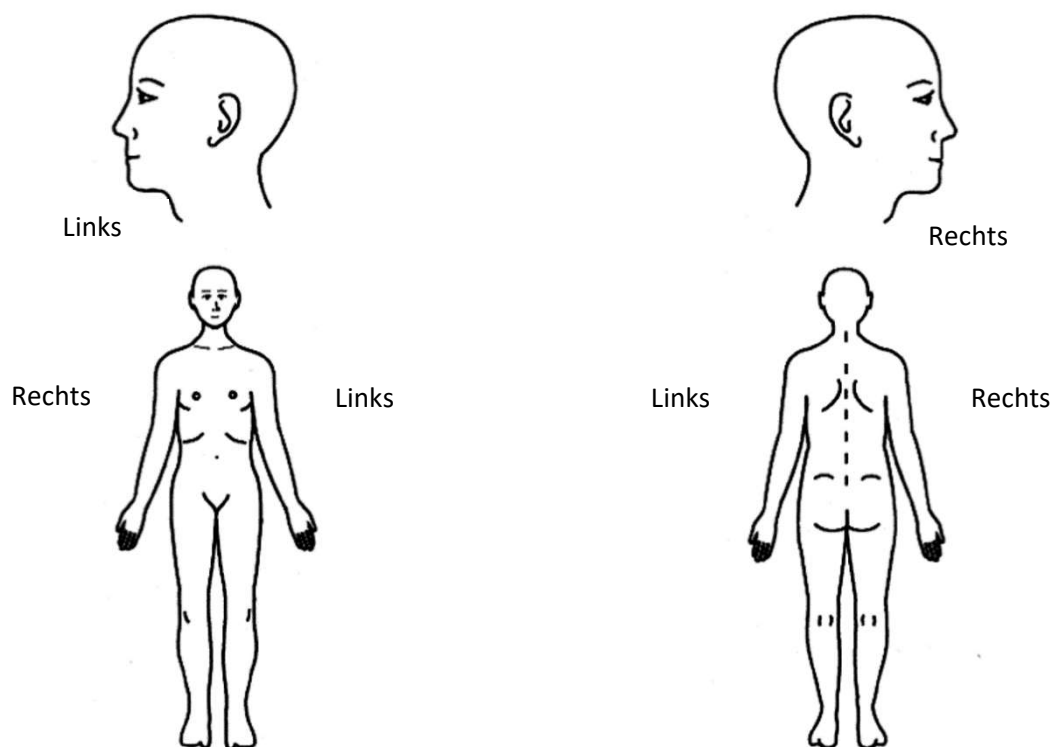
Wurde im Bereich der zu untersuchenden Körperregion bereits operiert?

Ja o

Nein o

Falls ja: Was genau? Wann?

Bitte zeichnen Sie in dem folgenden Schema ein, wo in Ihrem Körper die Beschwerden auftreten.
Bitte zeichnen Sie ein Kreuz („X“) für umschriebene Beschwerden, einen Kreis („O“) für diffuse Beschwerden und einen Pfeil („->“) für ausstrahlende Schmerzen.



Datum

Unterschrift Patient,
Erziehungsberechtigter oder
Bevollmächtigter