

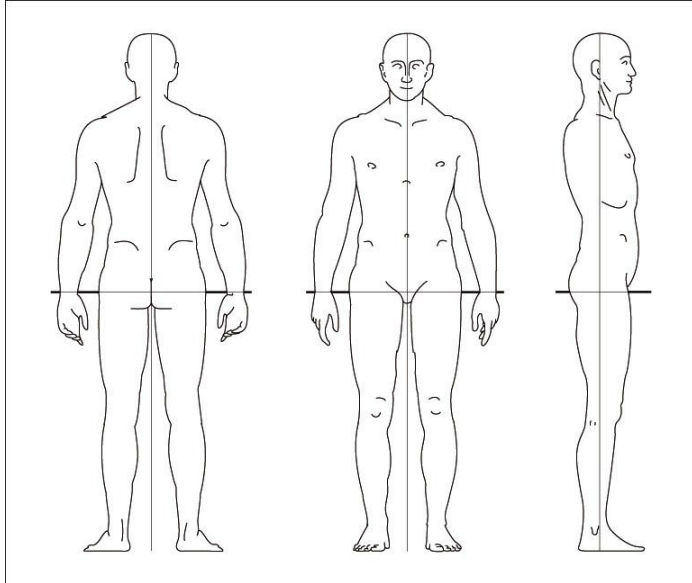
THE RABOR

Patientenbefundbogen

Name: _____ Geb.Datum: _____

OP? Wenn ja, welche/wann? _____

1) Wo haben Sie ihre Probleme? (bitte einzeichnen):



2) Haben Sie **Schmerzen**? Ja Nein

3) **Hobby/Sport:**

4) **Beruf:** _____

5) Ist Ihre **Beweglichkeit** dadurch verändert? Ja Nein

6) Ist Ihre **Sensibilität** verändert? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Brennen Kribbeln Stechen Taubheit Überempfindlichkeit

7) Ist Ihre **Kraft** verändert? (Kraftlosigkeit/Lähmung)

8) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**?

9) Wie lange / seit wann / evtl. **Auslöser** bekannt?

10) Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent** **mit Unterbrechungen**

11) **Schmerzeinteilung** (zutreffendes bitte benennen/ankreuzen)

Überwiegende Schmerzzeit: Morgens Mittags Abends Nachts

Schmerz-Skala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1=sehr leicht/10=Krankenhaus Notaufnahme)

Ihr schlimmster Schmerz den Sie jemals gespürt haben

Ruheschmerz oder in Bewegung/Belastung

Schmerz mit Ausstrahlung, wenn ja wohin:

Ihr Schmerz wird besser, wenn Sie:

Nehmen Sie Schmerzmittel: Ibuprofen Tilidin Fentanyl Morphin Tramadol

Kopfschmerzen

Mit (zutreffendes bitte ankreuzen): Schwindel Übelkeit Erbrechen

Leiden Sie unter Migräne: Ja Nein Aura: Ja Nein In welchem Abstand: _____

11.) Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, welche:

12.) Leiden oder litten Sie unter einer **Krebserkrankung**? Wenn ja, bitte zutreffendes ankreuzen:

aktuell in ärztlicher Behandlung Chemo Bestrahlung OP

13.) **Nebendiagnosen** (Krankheitsbilder, weshalb Sie aber nicht aktuell hier zur Behandlung sind)

14.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Datum: _____ Unterschrift: _____