Bitte ausfüllen soweit als möglich. Vielen Dank.

Name, Vorname:
Anschrift:

Geb.Datum:
Tel.:
Email:

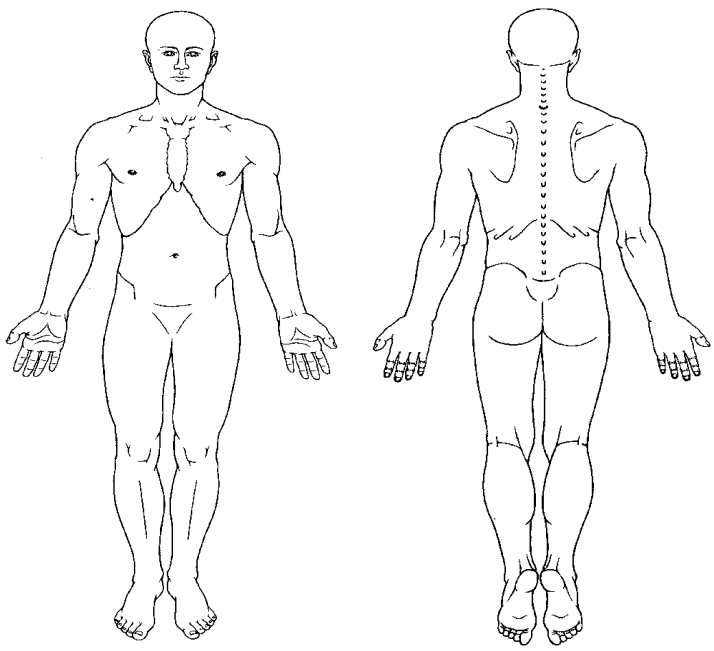
Beruf / tägliche Arbeit:
(Sitzen, Stehen, Laufen, Belastungen)

Hobbys / Sport: (was, wie oft)

Datum der Aufnahme:

Beschreiben Sie Ihr aktuelles Problem. Was? Wann? Wie? Wo? Seit wann?
Hauptbeschwerden, Nebenbeschwerden, länger als 3 Monate? Verlauf...
Dauer / Auslöser / Verstärker / Verminderer / Weitere Symptome ...

Bitte einzeichnen.



Schmerz-Skala (VAS):
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
(0=kein Schmerz bis 10=Vernichtungs-Schmerz)

(1) Inspektion/Palpation: VAS

Weitere Erkrankungen (auch) der Vergangenheit? Infektionskrankheiten? Unfälle? Operationen?
Allgemeinzustand? Allergien? Sonstiges? Narben? Familiäre Häufung von Krankheiten? Gewichtsschwankungen?
Schwangerschaft / Verdauung / Stuhlgang / Wasserlassen / Genußmittel / Sonstiges ...

Medikamente:

zuständiger Arzt / Hausarzt:

Ihre persönlichen Ziele für die Therapie:

das Kopierrecht liegt bei med'n'well/Sebastian Gebhardt, Version ICF 2024-11