

Schmerzfragebogen Akupunktur.

Name

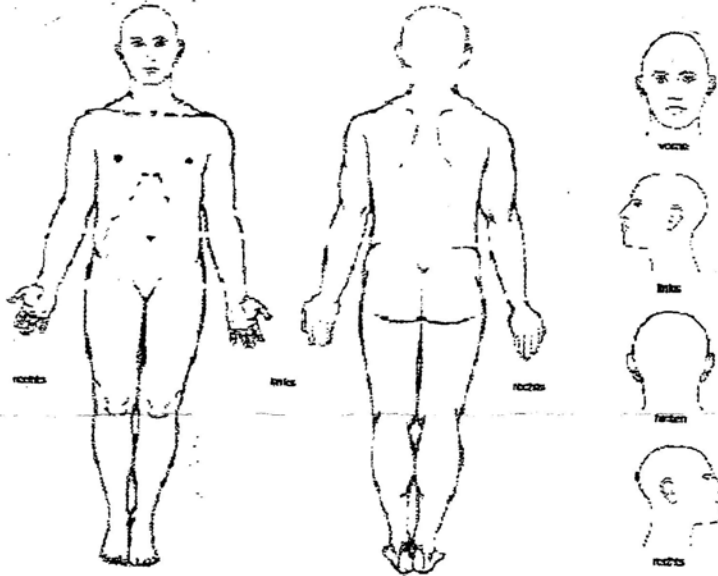
Vorname

Geburtsdatum

überweisender Arzt

Wegen welcher Schmerzen kommen sie hauptsächlich in die Behandlung? Und wann wurden diese erstmalig ärztlich behandelt?

Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Sie Schmerzen haben.



Beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten (z.B. brennend, ziehend, dumpf, pulsierend...)

Dauerschmerz oder Attacken?

Bei Attacken: wie lange dauert eine Attacke?

Wie oft kommt eine Attacke?

Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Zeiten besonders stark? Wenn ja, Wann?

Haben sich Ihre Schmerzen in den letzten 3 Monaten verändert?

War Ihre nächtliche Schlafdauer in den letzten 3 Monaten ausreichend?

Wurden Sie durch die Schmerzen in Ihren Tätigkeiten in den letzten 3 Monaten eingeschränkt?

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten auf Grund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (Beruf, Haushalt, Schule....)

Durch was können Sie Ihre Schmerzen positiv beeinflussen?

Haben Sie Allergien?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (auch nicht verschreibungspflichtige Produkte).

Geben Sie Ihre momentane Schmerzstärke an (1: kaum zu spüren, 10: unerträglich)

1-----10

Geben Sie Ihre maximale Schmerzstärke an

1-----10

Geben Sie Ihre minimale Schmerzstärke an

1-----10

Geben Sie die subjektiv erträgliche Schmerzstärke an

1-----10

In welchem Ausmaß haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag beeinträchtigt (Ankleiden, Hygiene, Essen)? (1: kaum, 5 stark)

1 2 3 4 5

In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten beeinträchtigt?

1 2 3 4 5

In welchem Maße hat der Schmerz Ihre Stimmung in den letzten 14 Tagen beeinträchtigt?

1 2 3 4 5