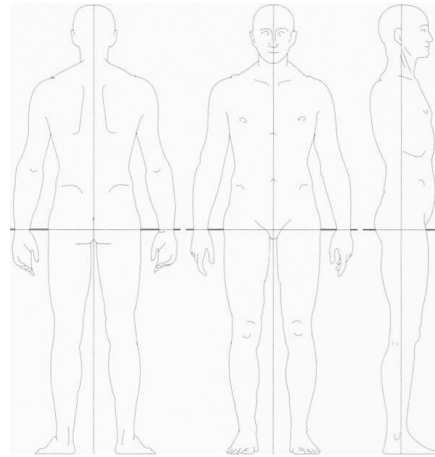




Bitte zeichnen Sie hier ihre Beschwerden ein:



Können Sie die Schmerzen provozieren?  
Wenn JA, wie?

---



---



---

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Seit dem ersten Auftreten hat der Schmerz:</b><br><input type="checkbox"/> zugenommen<br><input type="checkbox"/> abgenommen<br><input type="checkbox"/> gleich<br><br><input type="checkbox"/> konstant<br><input type="checkbox"/> nur zeitweise spürbar<br><input type="checkbox"/> schmerzfrei | <b>Schmerzqualität:</b><br><input type="checkbox"/> stechend, hell<br><input type="checkbox"/> dumpf<br><input type="checkbox"/> pochend<br><input type="checkbox"/> krampfend<br><input type="checkbox"/> ziehend<br><input type="checkbox"/> kribbeln<br><input type="checkbox"/> brennen<br><input type="checkbox"/> taub<br><input type="checkbox"/> steif | <b>Besserung der Beschwerden durch:</b><br><input type="checkbox"/> Bewegung<br><input type="checkbox"/> Stehen<br><input type="checkbox"/> Liegen<br><input type="checkbox"/> Sitzen<br><br><input type="checkbox"/> nachts<br><input type="checkbox"/> morgens<br><input type="checkbox"/> im Tagesverlauf | <b>Verschlechterung der Beschwerden durch:</b><br><input type="checkbox"/> Bewegung<br><input type="checkbox"/> Stehen<br><input type="checkbox"/> Liegen<br><input type="checkbox"/> Sitzen<br><br><input type="checkbox"/> nachts<br><input type="checkbox"/> morgens<br><input type="checkbox"/> verschiedene Faktoren:<br><hr/> |
|---|--|--|---|

**Erkrankungen:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> Osteopenie / Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen Unter- / Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Bluter – Krankheit       | <input type="checkbox"/> Tumore                             |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose        | <input type="checkbox"/> Diabetes                           |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen        | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                    |
- 

**Operationen:**

| Datum (ca.) | Körperteil |
|-------------|------------|
|             |            |
|             |            |
|             |            |
|             |            |

**Nehmen Sie Medikamente?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck-Medikamente       | <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Magensäurehemmende Mittel |
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Verhütungsmittel | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____           |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_