**ORTHOPÄDIE**

Datum ____ . ____ . ____

Name _____ Vorname _____

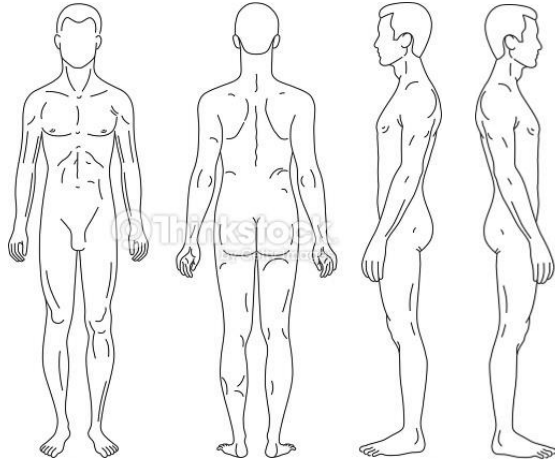
Geb. am ____ . ____ . ____ Beruf _____

Sport/Hobby _____

Therapeut _____ Arzt _____

Beschreiben Sie ihr aktuelles Problem

Bitte markieren Sie in der Zeichnung wo ihr Problem liegt



Wie stark ist Ihr Schmerz?

- 1 2 3 4 5
 6 7 8 9 10

Schmerzqualität

- Ziehend
 Stechend
 Brennend
 Bohrend
 Taub
 Dumpf
 Kribbelnd
 Pulsierend

Wann tritt der Schmerz auf?

- In Ruhe Bei Bewegung Morgens Tagsüber Abends
 Nachts Liegen Sitzen Laufen Treppe steigen

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

- Röntgen CT MRT Doppler-Sonographie EKG EEG Andere _____

Welche Behandlung wurde bereits durchgeführt?

- Spritzen Schmerztherapie Akkupunktur Massage KG MT Reha

Sind andere Erkrankungen bekannt?

- Schilddrüsenerkrankung Bluthochdruck Gicht Osteoporose Diabetes Epilepsie
 Arterienerkrankungen Thrombosen MS Schlaganfall Rheuma Tumore
 Herzerkrankungen Parkinson Andere _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Markumar Herzmedikamente Blutverdünner Schmerzmedikamente Insulin
 Cortison Blutdrucksenker Antibiotika Andere: _____

Sind bereits Operationen ausgeführt worden und wann?

_____**Diese Seite wird am ersten Behandlungstag vom Therapeuten ausgefüllt!**